FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1918-1919 2e SÉRIE N° 89

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ÉTATS DU COL
Qui troublent et entravent la marche de l'Accouchement
(FIBROME ET CANCER EXCEPTÉS)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 1er Juillet 1919.

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

Charles-Jean REMY

Né à Nancy (Meurthe-et-Moselle), le 7 Octobre 1891.

INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
PRIX DE PHYSIOLOGIE : 2e MENTION HONORABLE (1912)
PRIX DE MÉDECINE : 2e PRIX (1914)
MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1re CLASSE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. HERRGOTT	professeur...	*Président.*
HAUSHALTER	professeur...	*Juges.*
RICHON	agrégé.....	*Juges.*
FRUHINSHOLZ	agrégé.....	*Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1918-1919 — 2e SÉRIE — N° 89

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ÉTATS DU COL
Qui troublent et entravent la marche de l'Accouchement
(FIBROME ET CANCER EXCEPTÉS)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 1er Juillet 1919.

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

Charles-Jean REMY
Né à Nancy (Meurthe-et-Moselle), le 7 Octobre 1891.
INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
PRIX DE PHYSIOLOGIE : 2e MENTION HONORABLE (1912)
PRIX DE MÉDECINE : 2e PRIX (1914)
MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1re CLASSE

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	HERRGOTT	professeur...	*Président.*
	HAUSHALTER	professeur...	*Juges.*
	RICHON	agrégé.....	
	FRUHINSHOLZ	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, ✲, I ✪.

Assesseur : M. WEISS, O ✲, I ✪.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✲, I ✪.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS ✲ I ✪, NICOLAS, ✲, ✪, PRENANT, ✲, I ✪. F. GROSS, O ✲, I ✪, M. CHRÉTIEN, I ✪.

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✲, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT ✲, I ✪.
Hygiène	M. MAGÉ, I ✪.
Physiologie	M. E. MEYER, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. P. PARISOT, ✲, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✲, I ✪.
Histologie	M. BOUIN, ✲, I ✪.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, I ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. ETIENNE, I ✪
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN. ✲, I ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. SPILLMANN, ✲, I ✪.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FROELICH, ✲. I ✪.
Physique médicale	M. N....

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, ✲, I ✪, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✲, I ✪, agrégé libre.
Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé libre.
Clinique Chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ✪.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✲, I ✪, agrégé.
Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✲, I ✪, agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, A ✪, agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, ✲. A ✪, agrégé.
Pathologie externe	M. G. GROSS, ✲, I ✪, agrégé.
Thérapeutique et Matière médicale	M. N....
Clinique Médicale élémentaire (1)	M. N....
Clinique d'électrothérapie	M. N....

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I ✪.
RICHON, ✲, I ✪.
G. GROSS, ✲, I ✪.
FRUHINSHOLZ, ✲, I ✪.
COLLIN, A ✪.

MM. SENGERT, ✲, I ✪.
ROBERT, I ✪.
BUSQUET, A ✪.
LUCIEN, ✲, A ✪.
BINET, A ✪.

MM. PERRIN, A ✪.
THIRY, ✲, I ✪.
FAIRISE.
J. PARISOT, ✲, A ✪.

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, G O ✲, I ✪, JACQUES, ✲, I ✪, ANDRÉ, ✲, I ✪, MICHEL, I ✪.

M. LAMBERT des CILLEULS, ✲, Ⓜ, I ✪, Secrétaire honoraire.
M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection et de ma vive reconnaissance

A MON PÈRE

Monsieur le Professeur REMY

Faible témoignage du plus filial amour
et de ma très respectueuse admiration

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLE ET TANTE

Monsieur GEORGES et Mme AUGUSTINE REMY

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

Monsieur le Docteur ANDRÉ REMY

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

A TOUS MES PARENTS

A MON COUSIN

Monsieur le Professeur agrégé PERRIN

En gage de ma profonde reconnaissance

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur A. HERRGOTT

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET ACCOUCHEMENTS

MEMBRE NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Veuillez agréer, mon cher Maître, l'expression de ma très vive gratitude pour la bienveillance que vous n'avez cessé de me témoigner pendant les trop courts instants de mon internat au service de la Maternité. Le souvenir de vos excellentes leçons cliniques et de l'affectueux intérêt que vous m'avez porté, restera gravé dans mon esprit et dans mon cœur.

A mes Juges :

Monsieur le Professeur HAUSHALTER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Externat 1912)

Monsieur le Professeur agrégé RICHON

CHARGÉ DE LA CLINIQUE DES VIEILLARDS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Internat provisoire 1913-14)

Monsieur le Professeur agrégé FRUHINSHOLZ

CHARGÉ DU COURS D'ACCOUCHEMENTS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Professeur F. GROSS

ANCIEN PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

DOYEN HONORAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Externat 1911)

A Monsieur le Professeur SIMON

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

(Externat 1912)

A Messieurs les Professeurs ROHMER, ÉTIENNE, VAUTRIN, HOCHE, FRŒLICH

A Messieurs les Professeurs agrégés ANDRÉ, BINET, LUCIEN, FAIRISE

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

A MES AMIS

PLAN

AVANT-PROPOS.

CONSIDÉRATIONS SUR LE COL DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL.

a) Pendant la grossesse.

b) Pendant le travail.

DES DIVERS ETATS DU COL ENTRAVANT L'ACCOUCHEMENT.

PREMIÈRE PARTIE.

Défaut d'ascension du col dilaté.

Du syndrome « Rigidité spasmodique ».

DEUXIÈME PARTIE.

ETAT D'INFILTRATION SECONDAIRE DU COL.

Chapitre premier. — Gonflement de la lèvre antérieure.

a) Bourrelet œdémateux.

b) Gonflement œdémato-sanguin.

c) Thrombus du col.

Chapitre II. — Rigidité secondaire de l'anneau cervical.

a) Qui se laisse refouler.

b) Qui se laisse arracher.

c) Qui nécessite l'intervention.

ETAT SCLEREUX DU COL.

ETAT CICATRICIEL DU COL.

a) Occlusion de l'orifice externe.

b) Sténose de l'orifice externe.

c) Etat cicatriciel de la portion vaginale (et souvent de la partie supérieure du vagin).

d) Résistance de l'orifice interne.

APPENDICE.

ETAT HYPERTROPHIQUE DU COL.

(ETAT CARCINOMATEUX) (non traité).

(ETAT FIBROMATEUX) (non traité).

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion pendant notre internat dans le service de M. le Professeur Herrgott d'observer un cas des plus intéressants de rigidité du col utérin rendant l'accouchement impossible, chez une femme arrivée à la Maternité dans un état d'épuisement complet que venait encore aggraver de la putréfaction intra-utérine. L'indication était formelle : extraire le fœtus, encore vivant, par l'opération césarienne et « lutter de vitesse avec l'infection » suivant l'heureuse expression de Tarnier en supprimant le plus rapidement possible la source de l'infection.

C'est ce qui fut fait dans le service de M. le Professeur Vautrin avec toute l'habileté et la science opératoires que l'on sait et si M. Herrgott n'eut pas la satisfaction d'extraire un enfant vivant (il avait succombé pendant la période pré-opératoire), il eut du moins celle de voir la mère triompher de l'infection après des suites opératoires assez pénibles.

Nous avions été vivement impressionné par le tableau clinique si particulier et vraiment un peu dramatique que présentait cette malheureuse femme épuisée par un travail prolongé et profondément infectée. Qu'un retard eût été apporté dans la décision à prendre, la seule intervention qui pouvait

encore procurer quelque espoir eût-elle été différée, c'était à coup sûr la mort de cette femme et sans qu'elle ait pu être délivrée !

Nous avons pensé qu'il serait intéressant non seulement de chercher à tirer de ce cas si instructif tous les enseignements qu'il comporte au point de vue de la conduite à tenir dans ce genre de dystocie, mais encore de porter notre attention sur la nature des états du col, qui en l'empêchant de jouer son rôle normal dans la marche de l'accouchement, apportent le trouble ou même créent un obstacle à l'acte de la parturition. Nous avons dans ce but puisé nos renseignements dans la littérature obstétricale, mais surtout nous nous sommes efforcé d'établir notre classification en demandant aux faits cliniques eux-mêmes tout ce qu'ils peuvent nous enseigner. Pour ce faire, nous avons compulsé les Archives de la Maternité pendant une longue période (de 1879 à 1918) et nous tenons à dire notre meilleur merci à M. le Professeur Herrgott pour la bonne grâce avec laquelle il a bien voulu mettre à notre disposition les documents si précieux qui ont servi de base à ce travail.

Pour ce qui concerne les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature obstétricale pendant le peu de temps dont nous disposions pour la préparation de notre thèse, nous les avons rassemblées dans la partie documentaire et classées suivant le plan adopté. Le lecteur voudra bien s'y reporter pour y trouver les références désirées.

Nous sommes redevable à M. le Professeur agrégé Fruhinsholz d'observations extrêmement intéres-

santes et de nombreux travaux qui figurent dans la partie documentaire. Nous n'oublierons jamais l'accueil plein d'affabilité que nous avons constamment trouvé auprès de lui. En lui en exprimant toute notre reconnaissance, nous tenons à y joindre l'assurance que nous n'oublierons jamais la grande part qui revient à son enseignement si simple et si lumineux dans notre instruction obstétricale.

Que M. le Professeur Hoche et M. le Professeur agrégé Fairise veuillent bien recevoir nos remerciements les plus sincères pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée et pour l'aide précieuse qu'ils nous ont apportée au cours de l'élaboration de ce travail.

Considérations sur le col de l'utérus pendant la grossesse et le travail.

a) *Pendant la grossesse.*

Quelles que soient les modifications, de minime importance d'ailleurs, dont le col utérin est le siège pendant l'évolution de la grossesse (légère augmentation de volume, faibles variations dans la longueur du canal cervical), ce qui constitue le caractère primordial du col, c'est sa permanence en tant qu'organe de clôture. Même chez les grandes multipares, alors que les grossesses successives ont usé le col, ce dernier conserve ses fonctions d'organe obturateur malgré l'état de distension de ses orifices. L'index pénétrerait-il avec la plus grande facilité jusqu'aux membranes à travers l'orifice cervical, ce qui est d'observation courante, il n'en reste pas moins vrai que le col oppose une barrière, franchissable à coup sûr en usant de la manière forte, mais une barrière efficace quand même jusqu'au moment où apparaissent les premières contractions du travail.

Mais pour qu'il puisse se prêter aux importantes modifications dont il sera le siège pendant l'ouverture du sac utérin, il lui faut subir une préparation. Un pareil élargissement de l'orifice ne peut avoir lieu

que si les tissus présentent l'élasticité nécessaire pour se laisser distendre : elle existe naturellement, mais se trouve portée à son maximum par les transformations qui s'opèrent au sein des tissus. La circulation devient plus intense au niveau du col et du segment inférieur ; il se produit une véritable imbibition qui se traduit extérieurement par le ramollissement du col et du segment inférieur, si caractéristique de l'état de gravidité. Pour Acconci (1), ce ramollissement ne serait pas indispensable et le col « se laisserait effacer et dilater aussi bien par la nature que par l'art à quelque période que ce soit de la grossesse, c'est-à-dire alors que le ramollissement est encore imparfait ». Mais la précocité même de son apparition suffit pour nous expliquer cette aptitude du col à se laisser effacer et dilater à n'importe quel moment de la grossesse : on sait à quelles difficultés se heurtent parfois les essais de dilatation du col à l'aide d'appareils métalliques en dehors de la gravidité. Nul doute par conséquent que cet assouplissement des tissus ne les place dans les meilleures conditions pour subir cette distension ; la suite de notre travail nous montrera qu'il est indispensable et que son absence ou sa limitation jettent un trouble profond dans la marche de l'accouchement.

Mais à quels éléments du col doit-on cette élasticité ? Nombreuses sont les recherches qui ont été faites pour déterminer la nature des éléments constitutifs du col. Il faut tout d'abord établir une différence bien nette

(1) Acconci. — Contribution à l'étude de l'anatomie et de la physiologie de l'utérus gravide. *Arch. de Tocol.*, 1890, p. 794.

entre le col de l'utérus à l'état de vacuité et celui de l'utérus gravide ou parturient. Tandis que dans le premier, on trouve des fibres musculaires, en très grande majorité dirigées dans le sens longitudinal, mais avec une localisation différente suivant les auteurs, dans le second au contraire, il n'est pas niable, depuis les beaux travaux d'Ivanoff (1) et de Fieux (2), qu'il se produit une raréfaction de l'élément noble du col pendant la gestation, si bien qu'à la fin de la grossesse « la portion vaginale du col est alors un bloc conjonctivo-vasculaire » (Fieux).

Nous pensons cependant qu'il ne faut pas prendre à la lettre le terme de « bloc conjonctivo-vasculaire » proposé par Fieux, car Acconci (3) examinant des cols gravides y a encore trouvé des fibres musculaires « petites et peu nombreuses » ; nous reconnaissons volontiers que leur quantité a considérablement diminué puisque « la grossesse démuscle lentement le col et le démuscle de bas en haut », mais en nous basant sur les constatations faites par Acconci et Dührssen, nous admettons après eux qu'il reste quelques éléments épars disséminés dans le tissu conjonctif. La couche externe, longitudinale, persiste jusque dans la portion sus-vaginale et, dans cette zone, les fibres se recourbent angulairement pour venir s'insérer sur la muqueuse du canal cervical. C'est à ces éléments qu'Acconci fait jouer un rôle dans la dilatation et l'ascension du col.

(1) Ivanoff.— Sur la musculature des ligaments de l'utérus et de l'utérus lui-même. *Ann. de Gyn.*, 1911, p. 321.
(2) Fieux. — Etude histologique de la musculature intrinsèque de l'utérus. Bordeaux, 1897.
(3) Acconci. — *Loc. citato.*

Il semble également que les fibres élastiques constatées dans le col par Acconci, Raineri, von Dittel, subissent une sorte de raréfaction pendant la grossesse, ainsi que nous avons pu le constater nous-même. Si l'on ne trouvait plus dans le col gravide les riches réseaux élastiques reconnus dans le col de l'utérus en état de vacuité, particulièrement au niveau du museau de tanche, il existait encore, dans la coupe d'un col d'utérus gravide (coloré à l'orcéine) que nous avons examiné, des fibres élastiques en nombre assez considérable et ces éléments nous expliquent la tendance à revenir à sa forme primitive que possède le col lorsqu'il n'a plus le point d'appui de la poche des eaux ou du pôle fœtal.

b) *Pendant le travail.*

Lorsque les premières contractions discrètes ou sensibles ont commencé à s'exercer, la musculature puissante du corps et du fond utérin prenant point d'appui sur les ligaments, exerce des tractions sur le segment inférieur et par continuité sur le col utérin. L'orifice interne s'entr'ouvre et comme les tractions se renouvellent faisant glisser le col sur le pôle inférieur de l'œuf, l'étirement, l'amincissement deviennent tels que l'orifice interne finit par disparaître en se confondant avec le tissu voisin déjà distendu. Le col *s'efface* en se modelant sur le pôle inférieur qu'il coiffe très exactement. Ainsi étalé comme une cupule percée d'un orifice, il va pouvoir se laisser attirer par le segment inférieur pour remonter avec lui.

L'orifice externe s'entr'ouvre à son tour et si les

efforts de la contraction utérine continuent à s'exercer d'une façon efficace, c'est-à-dire s'ils lui sont intégralement transmis, l'orifice externe s'agrandit au point de présenter une circonférence de 0,35 centimètres environ, dans laquelle peut s'inscrire le plus grand diamètre de la présentation. Le mobile peut alors s'énucléer du sac utérin, descendre dans l'excavation, exécuter sa progression et sa sortie. Tel est le type normal.

Ce résultat est obtenu, d'une part par l'action des fibres musculaires, d'autre part par la pression du pôle inférieur de l'œuf sur cet orifice qui constitue un point de moindre résistance, ouvrant d'abord l'orifice interne et la portion sous-jacente jusqu'à ce que tout le col jusqu'à l'orifice externe persistant soit devenu une des portions du segment inférieur ; après quoi c'est au tour de l'orifice externe de se laisser distendre.

Mais, pour Varnier (1), le col et le segment inférieur auraient un rôle purement passif dans l'effacement et la dilatation ; seuls interviendraient les effets de la contraction du corps et du fond utérin et ceux de la divulsion exercée par le coin ovulaire ou fœtal. La poche des eaux jouerait un rôle primordial car, à son sens, l'avancement du travail est beaucoup plus la conséquence de la pression du coin que des efforts de traction qui s'exercent sur les bords de l'orifice. Il en veut pour preuve l'arrêt que subit la dilatation dans le cas de rupture prématurée des membranes, où il faut attendre pour lui voir reprendre son cours

(1) Varnier. — Obstétrique journalière.

régulier qu'un nouveau coin dilatateur, la tête ou le siège fortement engagés et doublés de la bosse séro-sanguine, soit venu se substituer au premier, déficient.

Nous pensons que les deux facteurs agissent conjointement et estimons que la comparaison formulée par les anciens accoucheurs est toujours exacte lorsqu'ils comparaient le travail qui se passe au niveau de l'orifice utérin à celui que fait l'homme qui veut engager son pied dans une botte. Tandis que le pied est poussé dans le corps de la botte, d'énergiques tractions sur la tige la font cheminer de bas en haut : la pénétration du pied est la résultante de ces deux forces agissant en sens inverse, mais d'une manière synchrone.

Mais il y a plus : quoi qu'il en soit de la faible proportion de fibres musculaires qui persistent dans le col au moment de l'accouchement, fait sur lequel tous les anatomistes restent d'accord, ces fibres musculaires longitudinales ont encore une part, minime si l'on veut, mais réelle dans le mouvement d'ascension que doit subir la portion vaginale du col. Que cette action de la fibre musculaire s'exerce sous forme de propriété de rétractilité ou de contractilité, c'est toujours la fibre musculaire qui agit, qui élève le cercle de l'orifice externe, primitivement logé sous le pôle céphalique (pris comme exemple, puisque c'est le cas le plus habituel) jusqu'à la hauteur de la plus grande circonférence de la tête fœtale, au niveau du détroit supérieur.

On ne peut donc nier qu'il se produit une ascension, *un retroussement du col* puisqu'il faut que la poche

utérine ait diminué de longueur pour laisser s'échapper le segment du pôle fœtal déjà engagé. Si le sac utérin se raccourcit, c'est que les fibres longitudinales, y compris celles du col se sont raccourcies en tirant sur les éléments qui constituent ce col.

La dilatation se continue jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'un seul canal cervico-vaginal ; s'il s'agit d'une présentation du sommet, l'anneau du col couronne le cercle équatorial de la tête fœtale qui s'énuclée alors totalement du segment cervical.

Mais un autre élément intervient, d'importance capitale puisqu'il constitue une condition *sine qua non* de l'ouverture du sac utérin et partant de l'expulsion du produit de conception : nous voulons parler de la *souplesse du segment inférieur et du col,* souplesse qui va être grandement mise à l'épreuve pendant le travail de l'accouchement. Préparée de longue date, elle se trouve à son apogée au terme de la gestation et tout particulièrement chez les multipares dont la filière génitale a été assouplie par les grossesses successives, au point que l'appréciation de la forme et de la longueur du col peut devenir difficile à cause de sa mollesse extrême. Que cette souplesse n'existe pas ou qu'elle vienne à disparaître, tous les efforts d'expulsion seront vains si les tissus du col et du segment inférieur ne sont plus en état de se laisser distendre. La dystocie est créée.

Des divers états du col qui troublent et entravent l'accouchement.

Après avoir précédemment rappelé les notions anatomiques et physiologiques qui concernent le col de l'utérus gravide, nous pouvons maintenant aborder l'étude des *troubles* et des *obstacles* apportés par ce dernier dans la marche de l'accouchement.

Pour que le travail évolue d'une façon normale, avons-nous dit, plusieurs conditions doivent se trouver réunies. Il faut :

1° Que les contractions du muscle utérin présentent l'énergie suffisante pour forcer le col en poussant l'œuf vers ce point de moindre résistance, en même temps que les fibres longitudinales tirent sur le cercle cervical pour l'élever.

2° Que la zone utérine qui doit se laisser distendre et dilater possède les qualités de souplesse, d'élasticité nécessaires pour n'opposer aucun obstacle à la pression du coin ovulaire ou fœtal.

Or, il peut arriver que les fibres musculaires qui doivent agir sur le col manquent de rétractilité, de contractilité pour quelque raison, ce qui se traduit par un défaut d'ascension de la portion cervicale de l'utérus.

Il peut encore arriver que les fibres musculaires,

soit localement, soit dans l'ensemble de l'utérus, présentent dans leur action un trouble, une perversion pour employer l'expression de Pajot, qui se traduit par une rigidité apparente du col qui fait songer au spasme ; c'est ce qui a constitué l'ancienne et classique Rigidité spasmodique.

Nous envisagerons donc, en premier lieu, le trouble occasionné dans la marche du travail :

1° *Par le défaut d'ascension du col.*

2° *Par cette apparente rigidité spasmodique.*

D'autre part, il faut que le col soit dilatable, c'est-à-dire qu'il possède les qualités de souplesse, d'amollissement requises pour se laisser distendre sans se rompre. Or, les tissus peuvent perdre cette souplesse au cours du travail, ce qui provoque de complications inattendues ; ou bien ce défaut de souplesse n'est qu'une conséquence fatale des modifications apportées dans le substratum anatomique du col par des éléments étrangers à sa composition normale. Le col résiste parce qu'il est dur, rigide, au lieu d'être souple, élastique ; c'est pourquoi l'on a dit de lui, dans ces cas, qu'il était atteint de *rigidité.*

L'utérus ne peut plus alors accomplir sa tâche que péniblement, au prix de grands efforts de la part du muscle qui expulse ou au prix d'effraction dans la partie qui résiste ; ou même l'utérus lutte sans succès, ce qui entraîne une situation très grave pour la mère et pour l'enfant.

L'accouchement se trouve alors *entravé* par cet état du col ; il est plus juste de dire par les *états d'induration du col,* car on conçoit, et l'examen microscopique

l'a prouvé, que l'induration du col trouve son origine dans cet envahissement des tissus par ces éléments anormaux.

Nous rangerons ces états du col, qui entravent la marche du travail et déterminent ce que l'on a appelé la *dystocie du col*, de la façon suivante :

L'état d'infiltration secondaire ;
L'état scléreux ;
L'état cicatriciel ;
L'état fibromateux ;
L'état carcinomateux

auxquels il faut encore ajouter *l'état hypertrophique.*

***

On voit par cet exposé que nous abandonnons l'ancienne division classique des Traités qui range pour ainsi dire sur le même plan trois états qui sont loin d'avoir la même importance : la rigidité spasmodique, la rigidité anatomique, la rigidité pathologique (Dubois), cette classification nous paraissant surannée ; bien qu'elle ne réponde plus à l'enseignement des faits, ni surtout des recherches anatomo-pathologiques, elle se trouve encore reproduite parce qu'elle a le mérite d'avoir le patronage de noms illustres.

La rigidité spasmodique est le résultat d'un trouble passager de la contraction utérine ; il se traduit par une tension particulière du segment cervical, modifiant passagèrement la marche du travail mais incapable par elle seule de créer un obstacle à l'expulsion de l'enfant.

D'autre part, si nous n'avons pas maintenu le terme de « rigidité anatomique », c'est que nous ne

croyons pas à l'existence d'une réalité essentielle correspondant à ce terme ; nous aurons d'ailleurs l'occasion de discuter ce point, lorsque nous étudierons ce que nous désignons du terme, créé par M. le Professeur Pinard et qui en traduit si bien la caractéristique, d'*état d'infiltration secondaire.*

Quant au terme de « rigidité pathologique » appliqué aux états fibromateux et carcinomateux du col, il est pris dans un sens trop restreint, car l'anatomie pathologique nous montre qu'il y a d'autres états du col qui méritent l'épithète de « pathologique » : un état inflammatoire des éléments du col, une sclérose ne méritent-ils pas également ce qualificatif ?

Afin d'éviter toute confusion, nous avons écarté cette expression de « rigidité pathologique » dont le cadre était trop étroit et c'est après étude attentive des causes qui déterminent de la part du col soit des troubles, soit des entraves dans la marche du travail, que nous nous sommes arrêté à la classification citée plus haut dans laquelle se rangent toutes les catégories de rigidités que le médecin peut rencontrer.

Disons de suite que nous ne ferons pas dans ce travail l'étude de la dystocie créée par les fibromes et les cancers. Ce sont des sujets qui méritent par leurs caractères propres des études particulières, qui ont déjà été excellemment faites.

En nous servant des observations puisées aux Archives de la Maternité, de celles qui nous ont été obligeamment communiquées et des documents que nous avons recueillis dans les publications qu'il nous a été possible de consulter, nous examinerons :

1° Les troubles apportés dans la marche du travail par le fonctionnement défectueux des fibres musculaires ;

2° Les obstacles apportés dans la marche ou la terminaison du travail par les états de rigidité du col.

Cette rigidité du col mérite d'être bien connue du praticien, car c'est de sa décision basée sur des faits cliniques et prise en temps opportun, que peut résulter le salut de la mère et de l'enfant.

PREMIERE PARTIE

Défaut d'ascension du col dilaté.

L'action musculaire intervient dans la dilatation du col de deux façons : en premier lieu, la contraction générale de la musculature, puissante surtout dans la partie supérieure, pousse l'œuf, avons-nous dit, dans la région inférieure, faible relativement ; en second lieu, les fibres longtudinales partant du fond pour aboutir au col, tirent sur celui-ci et l'élèvent à un niveau supérieur à celui qu'il occupait primitivement.

La preuve la plus démonstrative en est fournie par les cas d'engagement profond de la tête existant dès le début du travail, même pendant la gestation (Stapfer) (1). Tandis que la tête a déjà accompli d'avance presque totalement ce qui constitue le deuxième temps du mécanisme de l'accouchement, c'est-à-dire la descente jusqu'au voisinage du plancher du bassin, autrement dit qu'elle a fait l'office de coin distendant et refoulant le segment inférieur, que va-t-il se passer lorsque sera venu le moment de l'effacement du col et de la dilatation de l'orifice externe ? L'anneau cervical tout en se dilatant, remonte,

(1) Stapfer. — *Archives de Tocologie*, 1887, p. 686.

s'élève jusqu'au-dessus de la plus grande circonférence de la tête fœtale, pour libérer la tête. L'utérus, en élevant son col, décoiffe cette tête descendue coiffée du segment inférieur. Cela ne peut se faire que grâce au tissu musculaire, le seul tissu contractile et rétractile du col en même temps qu'il est un tissu extensible et élastique, puisqu'il a pu se laisser considérablement distendre par l'engagement profond de la tête fœtale.

Il arrive quelquefois que ce tissu musculaire est trop faible pour la fonction qu'il doit remplir, soit par arrêt de développement, soit par épuisement causé par la surdistension. Il ne parvient pas à élever le col partiellement ouvert, alors que ce col n'offre pourtant aucune rigidité. C'est ce qu'a montré M. le Professeur agrégé Remy dans un article sur les inconvénients possibles de l'engagement trop profond de la tête (1).

Même lorsque l'orifice externe s'est laissé ouvrir complètement, il peut arriver que le bandeau cervical ne s'élève pas, continue à encercler la tête déjà bien descendue dans l'excavation. Fieux avait déjà remarqué et signalé le fait dans son Mémoire (2) sur les moyens rapides de terminaison de l'accouchement provoqué, qu'après les manœuvres de dilatation du canal cervical, le col dilaté restait sous la forme d'une *manchette* contenant encore la tête fœtale. C'était dans l'intérieur de cette manchette qu'il fallait aller cueillir la tête avec le forceps.

(1) Remy (de Nancy). — *Archives de Tocologie*, 1895, p. 241.
(2) Fieux. — *Archives de Gynécologie*, 1901, t. 55, p. 408, et t. 56, p. 23.

Même disposition peut s'observer dans l'accouchement à terme : le cylindre cervical distendu « forme manchette » comme le dit Fieux sous une forme imagée, manchette qui contient la tête. L'utérus ne parvient pas à énucléer la tête fœtale, même avec de bonnes contractions. Cette tête encerclée par le bandeau cervical n'achève pas sa descente, ne commence pas sa rotation interne, en un mot ne progresse plus. Puech et Lequeux (1) attribuent également le défaut de rotation de la présentation de la face dans la partie supérieure du bassin, dans les mento-postérieures, à la contraction anormale du segment inférieur. On conçoit, disent-ils, « que la tête *immobilisée dans une gaîne musculaire* soit dans l'impossibilité de s'adapter aux lois de la mécanique pelvienne ».

C'est ce que nous constatons dans les deux observations qui suivent et qui nous ont été communiquées par M. le Professeur agrégé Remy.

OBSERVATION I

Mme B..., primipare jeune, entre en travail dans la nuit du vendredi au samedi 25 novembre 1911, à la suite d'une grossesse qui s'est passée sans incidents. Le col s'efface lentement. C'est le 26 que l'on constate que le col est effacé et que la dilatation de l'orifice est de la dimension d'une pièce de 50 centimes ; la tête est élevée en position gauche.

Les contractions sont fortes, régulières, la poche des eaux intacte. Le globe utérin présente une dilatation vers

(1) Bar. — *La pratique de l'art des accouchements*, 3e édit., t. I, p. 322.

la portion supérieure droite qui ferait croire à une forte inclinaison.

A midi, la dilatation présente le diamètre d'une pièce de 5 francs. Vers 15 heures, la dilatation est comme une petite paume de main.

A 16 heures, rupture spontanée de la poche ; la tête appuie mal sur l'anneau cervical qui, à ce moment, est épais et spécialement boursoufflé en avant, et paraît ne pas vouloir s'assouplir ni se dilater entièrement ; les contracttions se sont ralenties. C'est pourquoi on engage la parturiente à faire quelques pas pour stimuler l'utérus.

La station debout provoque de très fortes contractions pendant lesquelles la femme fait effort pour expulser l'enfant. La dilatation a fait des progrès ; la tête est descendue dans l'excavation, mais n'appuie pas sur le plancher pelvien. Quoiqu'ainsi descendue, la tête est encore contenue dans le cylindre du segment cervical. La dilatation de l'orifice externe est complète, mais ce cercle ne remonte pas au-dessus de la grande circonférence de la tête fœtale, le col formant un bandeau circulaire qui contient la tête, sans toutefois la serrer. On essaie même entre les contractions de faire remonter ce col, mais inutilement. Les efforts soutenus de la parturiente n'arrivent pas à faire descendre complètement cette tête. On a nettement l'impression que *le col ne se retrousse pas* au-dessus du cercle équatorial de la tête.

Inutile d'attendre plus longtemps puisque les efforts de la parturiente n'aboutissent pas. La tête encadrée du bandeau cervical n'a pas subi l'influence des plans osseux, elle s'est maintenue en position O I G T, alors qu'il n'existe aucun rétrécissement pelvien. Je glissai facilement les cuillers du forceps, sans être gêné par le col et je fis l'extraction de cette tête. Enfant vivant de poids moyen.

Cette dame a eu depuis un second accouchement qui fut facile et naturel.

OBSERVATION II

Mme J..., d'une bonne santé habituelle, bien conformée, est une primipare âgée de 25 ans. Elle commence son travail avec de petites douleurs le 23 juin 1914. C'est vers le soir que les contractions se régularisent et se rapprochent.

Le 24 juin, au matin, on m'appelle parce que l'accouchement paraît long. L'orifice externe présente un diamètre de 3 centimètres, mais la tête n'appuie pas franchement ; pendant les contractions la poche appuie sur l'orifice mais ne fait pas progresser la dilatation. Je conseille de conserver la poche et de faire des injections chaudes, de donner du sucre et de la quinine.

A 13 heures, on m'apprend que les contractions se sont succédé d'une façon régulière, la dilatation est comme une petite paume de main. Je rassure la famille, en déclarant qu'il n'y a rien d'anormal et je conseille d'avoir la patience nécessaire et d'attendre une expulsion naturelle. Je suis rappelé à 20 heures. La dilatation est presque complète, mais on sent tout le cercle de l'orifice cervical. La tête n'a pas quitté le segment cervical utérin, celui-ci à nulle tendance à s'élever au-dessus de la tête. Je cherche à refouler ce cercle qui est souple mais un peu épais en avant. En vain nous donnons à la parturiente la position obstétricale, soutenons jambes et pieds pour donner un bon point d'appui à la femme dans ces efforts ; la tête ne franchit pas, tout en venant à une petite distance du périnée, en position O I G A, petite et grande fontanelles accessibles. Donc, la tête coiffée du bandeau cervical ne subit pas la flexion malgré les efforts de l'utérus et les poussées

de la femme. Je me décide donc à 20 heures à appliquer le forceps.

La main conductrice des cuillers passe facilement entre le rebord cervical et la tête et je fais une extraction prudente d'un enfant vivant et fort.

Du syndrome « rigidité spasmodique » du col.

Si nous avons placé ce qui correspondait à l'ancien paragraphe de la Rigidité spasmodique dans les troubles de la contraction musculaire, c'est que, à notre sens, il ne peut y avoir de spasme de l'orifice externe, mais un état de tension du segment cervical causé par un trouble dans la contraction de la musculature utérine. On se trouve en effet embarrassé pour faire concorder les impressions perçues par le doigt qui explore avec les notions que nous possédons actuellement sur la structure du col. Ainsi, l'Observation III inscrite dans les Archives de la Maternité sous le titre : « *Dilatation lente du col ; travail lent ; rupture de la poche des eaux, bras procident ; tétanos utérin ; forceps* », nous paraît être un exemple bien net de ce qu'on aurait qualifié autrefois de rigidité spasmodique ou tout au moins de spasme au niveau du col, à l'occasion de la contraction du corps utérin.

OBSERVATION III. — *Apparente rigidité spasmodique.* — Année 1879, n° 7.

A. H., 32 ans, primipare, à terme, entre à la Maternité le 23 janvier, à 12 heures, devant être en travail depuis le 22, à 20 heures. Dilatation : 5 fr., poche des eaux qui bombe. Contractions régulières, peu vives. Bords de l'ori-

fice tendus formant un cordon très dur, très résistant, qui *se resserre* à chaque contraction. Présentation du sommet.

Pendant la nuit du 23 au 24, douleurs vives avec résultat nul, lavement laudanisé.

Le 24, à 13 heures, les bords deviennent plus souples ; la poche des eaux intacte est très tendue pendant les contractions.

A 17 heures, dilatation presque complète, *bords souples*, poche intacte, tête mobile.

A 22 h. 15, on rompt la poche, *hydrammios ;* procidence d'un bras qu'on réduit. Douleurs intenses.

A minuit 30 engagement partiel de la tête ; même état à 4 heures, malgré les douleurs ; léger écoulement de sang. Le col qui était souple est maintenant *contracturé ;* lavement laudanisé. Intervention différée à cause de la contracture. Les douleurs reprennent.

A 8 heures, *col souple* en dehors de la contraction, mais *bords durs, tranchants, se rétractant pendant les contractions* sur la partie céphalique qui tend à s'engager ; volumineuse bosse sanguine. Lavement laudanisé. Bruits du cœur un peu irréguliers.

A 9 heures, engagement un peu plus avancé, puis la situation ne se modifiant pas et le col étant complètement dilaté, l'application de forceps est décidée.

Extraction d'un enfant de 2.580 grammes.

On voit en effet le col, autrement dit les bords de l'orifice, passer par plusieurs états : au début, il paraît dur, résistant, « se resserrant au moment de la contraction ». Puis ses bords deviennent souples, la dilatation est presque complète. Après l'évacuation du contenu d'une poche des eaux hydramniotique, le col se contracture de nouveau, ce qui nécessite l'emploi

des antispasmodiques ; il redevient souple pendant la période de repos, mais pendant la contraction il a de nouveau des bords durs, tranchants, qui semblent se rétracter.

On disait autrefois spasme des fibres circulaires cu col. Or, si nous parcourons les différents travaux qui se sont occupés de la structure histologique du col pendant les derniers temps de la gestation, nous y trouvons les constatations suivantes : « Petites et peu nombreuses sont les fibres musculaires qui se trouvent dans le milieu de la paroi cervicale ; elles ne se réunissent pas pour former des faisceaux, mais elles courent le plus souvent isolément ou groupées en petit nombre ». Plus près de la périphérie du col, « elles ont un cours oblique ou pénètrent dans le col à angle droit ; celles qui ont un cours circulaire sont en très petit nombre et ne forment pas des anneaux complets autour des orifices » (Acconci) (1). — « Pendant la grossesse, dit Fieux (2), il se fait un travail d'atrophie du côté des cellules musculaires du col qui se réduisent à néant à la fin, dans toute la position vaginale qui est alors un bloc conjonctivo-vasculaire ». L'examen du lambeau de col arraché dans le cas de Bonnaire a prouvé qu'on n'y trouvait pas de fibres musculaires. Les pièces que Fieux (3) eut l'occasion d'examiner ensuite lui montrèrent que le col de l'utérus gravide est tout différent du col de l'utérus à l'état de vacuité et qu'au point de vue physiologique il ne peut lui être

(1) Acconci. — *Loc. cit.*, p. 798.
(2) Fieux. — *Loc. cit.*
(3) Fieux. — Nouveaux documents, *Soc. Obst.*, 1911. *Ann. Gyn.* 1911, p. 736.

comparé ; que dans les jours qui suivent l'accouchement, le col se regarnit très vite de ses éléments musculaires et diffère alors totalement de ce qu'il était au moment du travail.

Il nous a d'ailleurs été donné de suivre ce travail de raréfaction du tissu musculaire sur des coupes faites au Laboratoire d'Anatomie pathologique ; tandis que nous constations dans le col d'utérus non gravide un réseau musculaire assez serré et particulièrement riche en fibres longitudinales, nous voyions dans une coupe du col d'utérus gravide de 3 mois 1/2 environ, une diminution considérable des éléments musculaires, écartés les uns des autres, comme dissociés par l'envahissement du tissu conjonctif. Les traités les plus récents (Bar, III[e] éd.) ne signalent aucun muscle circulaire à cet endroit et semblent s'arrêter à l'opinion de Fieux. Si tant est qu'il en existe encore dans le col de l'utérus parturient, comment pourrait-on croire que ces fibres à direction transversale, rares et sans cohésion, puissent être le siège d'un spasme capable d'arrêter la progression fœtale ? Ou bien, y aurait-il des cols qui ne « se démusclent » pas ?

Avec les données actuelles, nous ne pouvons comprendre la rigidité spasmodique de la même façon que Paul Dubois et ses contemporains en tant que spasme d'un muscle circulaire contre lequel on luttait par la médication antispasmodique ou par des moyens mécaniques. Ce qui se passe au niveau du col ne peut donc être qu'une manifestation sous la dépendance de ce qui se passe dans la portion qui se contracte. Chez la femme dont l'Observation est rapportée plus haut,

il y avait *hydramnios,* donc déjà à ce moment une cause de tension du muscle utérin tout entier, ce qui nous explique la tension du segment inférieur que l'on aurait pu interpréter comme un spasme d'un muscle que nous savons inexistant ; on rompt la poche des eaux, le col redevient souple parce que les couches musculaires qui avaient été disloquées par la distension reprennent leur position normale. Qu'une nouvelle irrégularité apparaisse dans la contraction du corps utérin et le col manifeste ce trouble par une apparence de resserrement de l'orifice externe, sous la pression de la partie fœtale. Tarnier (1) enseignait, d'ailleurs, qu'au cours de l'accouchement normal « pendant la première partie de la période de dilatation, l'orifice devient plus étroit au début de la contraction et ses bords sont tendus ». Pourquoi interpréter comme spasme d'un anneau musculaire supposé ce qui est un phénomène qui s'observe même dans l'accouchement normal ?

C'est une tension qui se propage du fond jusqu'à la partie inférieure du sac utérin, tension dont les degrés varient selon les degrés de tension du corps utérin et qui subira des modifications en rapport avec celles qui se produiront dans la contraction du corps utérin. Si ces dernières vont jusqu'à la contracture du corps utérin, on observera un état de tension de tout le segment inférieur qui pourrait faire croire à une contracture localisée à cette région. Témoin ce

(1) Tarnier et Chantreuil. — *Traité de l'art des accouchements*, t. I, p. 596.

cas observé par Doléris (1) chez une femme qui avait présenté pendant 24 heures une dilatation stationnaire avec bords minces, rigides, douloureux, tandis que les contractions étaient énergiques, presque tétaniques. Doléris appelé constate que la tête reste élevée malgré que le bassin fût normal, une dilatation de 0,50 avec *bords minces, rigides* et *très sensibles : tout le segment inférieur était dur, douloureux* et l'*utérus en rétraction tétanique* sur son contenu et d'une sensibilité extrême. Sous l'influence du chloroforme, le segment inférieur se distend, la tête jusqu'alors élevée descend profondément, la dilatation se complète rapidement et l'accouchement se termine spontanément.

Nous voyons bien dans ce cas la marche de l'accouchement entravée par l'état de contracture du corps utérin ; dès qu'il cesse en effet, le segment inférieur peut subir la pression de la tête parce que cette fois la contraction normale est expulsive, tandis que *la contracture incarcère l'œuf.*

Si au lieu d'avoir un spasme généralisé, le spasme du corps porte sur certains anneaux et tout particulièrement sur l'anneau de Bandl, il peut se présenter un état du col particulier tel que semble le montrer l'Observation suivante.

OBSERVATION IV. — *Resserrement de l'orifice externe pendant les contractions ; cause probable : spasme de l'anneau de Bandl.* — Année 1885, n° 13.

Mme L... entre le 13 janvier, 10 heures matin, infiltrée, et présentant un ventre énorme. Albumine dans les urines.

(1) Doléris. — *Loc. cit.*, p. 506.

Hydramnios. Diagnostic impossible par la palpation et l'auscultation. Le col existe encore, les deux orifices sont dilatés comme une pièce de 1 franc, les membranes tendent à faire saillie.

Les contractions sont régulières, reviennent toutes les cinq minutes, fortes.

A 18 h. 45, la poche s'ouvre, écoulement modéré de liquide verdâtre (demi-litre). A ce moment, orifice dilaté comme 5 francs, tête remplissant le segment inférieur ; petite fontanelle à gauche. Le ventre a peu diminué. Battements fœtaux lents, bien frappés.

A 21 heures, bien que les contractions soient régulières et intenses, la dilatation ne fait pas de progrès. On soulève la tête, ce qui donne évacuation à une grande quantité de liquide ; l'utérus se dessine mieux et prend une forme ovoïdale. Battements forts et lents.

De 21 heures à 2 heures du matin, la dilatation s'achève, bien que les contractions se soient ralenties. La dilatation étant complète, la tête qui n'est point serrée dans le détroit ne descend pas ; on constate que *pendant la contraction l'orifice se resserre,* mettant obstacle au dégagement de la tête à travers cet orifice. Profitant d'un intervalle entre les douleurs on a glissé les doigts jusqu'au cou de l'enfant pour chercher la cause de l'élévation de la tête ; on ne sent pas de cordon, pas de tête d'un second fœtus. La tête ne presse que très peu sur l'orifice externe pendant les douleurs, les bords sont d'ailleurs œdémateux. L'enfant et la mère ne souffrant pas, on temporise.

A 4 heures du matin, la tête franchit rapidement l'orifice et est bientôt expulsée hors des organes génitaux. Une difficulté nouvelle surgit. Les épaules ne veulent pas s'engager : on fait les plus grands efforts en tirant sur la tête, on accroche l'aisselle postérieure, et enfin après un certain temps, on finit par extraire une fille de 4.300 grammes,

qui fit quelques inspirations, mais ne put être ranimée.

On eut dans la suite à combattre une hémorragie à la délivrance due à l'inertie.

Remarquons que dans ce cas encore, il y eut *hydramnios* et par suite prédisposition à des troubles dans la contraction. Nous pensons que dans ce cas, on peut invoquer la contracture de l'anneau de Bandl comme la cause qui retenait élevée la tête au point que l'accoucheur glissa les doigts dans le segment inférieur pour se rendre compte si la tête fœtale n'était pas retenue par un circulaire ou par la tête d'un second fœtus, ce qui montre bien que le segment inférieur était flasque, tandis que ce qui retenait la tête, et qui ne peut être que l'anneau de Bandl, était contracturé. Nous en trouvons la preuve dans ce fait que la tête pressait à peine sur le segment inférieur au moment de la contraction. Ne pouvons-nous pas également invoquer ce spasme de l'anneau de Bandl pour expliquer jusqu'à un certain point les difficultés observées au moment du dégagement des épaules ?

Nous croyons pouvoir proposer l'explication suivante du resserrement de l'orifice pendant la contraction. Par suite d'un trouble dans la contraction, l'onde de contraction s'arrête à l'anneau de Bandl qui se rétracte par spasme et retenant la tête, l'empêche de venir appuyer sur la portion cervicale qui est alors relativement flasque. Ce segment, y compris l'orifice, subit dès lors la tendance qu'il possède naturllement à revenir sur lui-même (reformation du col). Dans ces conditions, l'orifice se rapetisse, non par

contractilité musculaire, mais par mise en action des propriétés de rétractilité des tissus.

Comme conclusion, nous dirons que le traitement ne diffère d'ailleurs pas de celui qui était préconisé contre la rigidité spasmodique, puisqu'en définitive, il s'agit de faire cesser un état de contracture qui s'oppose à la progression du fœtus, contracture du corps utérin au lieu d'être une contracture du col. Ce sera toujours le traitement antispasmodique qui sera indiqué et visera la cause générale au lieu de la cause locale qu'on incriminait.

DEUXIEME PARTIE

Etat d'infiltration secondaire du col.

L'apparition de l'œdème est un incident fréquent au cours des accouchements durant plus de temps que la moyenne, et l'infiltration des tissus du col est grandement facilitée par leur constitution aérolaire, décrite par tous les observateurs à la fin de la grossesse. La cause de son apparition est ici, comme partout ailleurs, la gêne de la circulation de retour. Il existe donc un terrain d'élection de par la nature même des tissus ; d'autre part, la congestion intense qui règne dans la zone inférieure de l'utérus pendant la gestation et qui ne peut que s'accroître pendant le travail, pour des raisons que l'on conçoit sans peine, crée l'élément déterminant. Que la pression vienne à augmenter d'une façon anormale dans les capillaires, il se fait une exsudation du sérum sanguin et même, comme l'ont montré de récents examens, des éléments figurés du sang (Couvelaire).

L'origine de cette stase réside dans le pincement du segment inférieur entre la partie fœtale en présentation, dans la presque totalité des cas la tête, et les parois osseuses du bassin, surtout en avant où la zone

inférieure de l'utérus s'applique très étroitement contre l'arc antérieur.

Dans les accouchements rapides, cette compression ne dure pas et la circulation du sang n'est que momentanément troublée ; survienne, au contraire, un ralentissement dans la marche du travail alors que la tête est bien engagée, ou bien encore un long stationnement de l'extrémité céphalique contre les parois du bassin dans le cas d'angustie pelvienne, l'infiltration œdémateuse ne tarde pas à faire son apparition, présentant non seulement des degrés d'intensité variables, mais encore une localisation qu'il importe de bien connaître, car elle détermine deux états cliniques bien distincts.

L'œdème peut être limité à une portion du diaphragme cervical qui est dans la très grande majorité des cas la lèvre antérieure du col : *œdème de la lèvre antérieure.*

Ou bien il peut envahir la totalité du segment cervical, c'est alors le *gonflement œdémateux du segment cervical.*

CHAPITRE PREMIER

GONFLEMENT DE LA LÈVRE ANTÉRIEURE

a) *Bourrelet œdémateux.*

On a invoqué diverses raisons pour expliquer cette localisation si fréquente de l'œdème dans la lèvre antérieure seule. Tous les auteurs admettent qu'elle est la conséquence de la compression de la lèvre anté-

rieure entre la partie fœtale et l'arc antérieur du bassin. Mais tandis que Michaelis (1) et Jacquemier (2) estiment qu'il faut pour que ce phénomène apparaisse une diminution de tous les diamètres du bassin, Cazeaux (3) et Charpentier (4) l'attribuent à l'engagement profond de la tête avant l'entière dilatation, particulièrement chez les primipares d'après Charpentier. Pour Auvard (5) et Baylin (6), ce serait surtout dans les occipito-postérieures que l'on verrait se produire cette compression, le front venant coincer la lèvre antérieure du col contre le pubis. Ribemont-Dessaignes (7) estime que c'est également dans les variétés postérieures qu'on l'observerait de préférence, mais qu'on la rencontre aussi dans les bassins petits lorsque les efforts d'expulsion avant dilatation complète poussent le segment inférieur dans l'excavation.

Or, dans un travail qu'il publia sur ce sujet en 1892, M. le Professeur G. Etienne (8), alors interne au service de la Maternité de Nancy, présentait dix Observations de tuméfaction œdémateuse de la lèvre antérieure ; huit fois la présentation avait été notée et dans sept cas il s'agissait de sommets en G. A., une fois même d'un siège mode des fesses en D. A. ! Nos recherches nous ont montré également que dans la grande majorité des cas il s'agissait de variétés anté-

(1) Michaelis. — *Das enge Becken*, 2e édit., p. 178.
(2) Jacquemier. — *Manuel des accouchements*, t. II, p. 38.
(3) Cazeaux (Tarnier). — 10e édition, p. 724.
(4) Charpentier. — *Traité pratique d'accouchements*, 1883, t. II, p. 261.
(5) Auvard. — *Traité d'accouchements.*
(6) Baylin. — Thèse, Paris 1886.
(7) Ribemont-Dessaignes-Lepage, 6e édition, p. 920.
(8) G. Etienne. — *Archives de Tocologie*, 1892, p. 203,

rieures. Les faits réunis sont fréquemment en opposition avec ce qu'enseignent Auvard, Baylin, Ribemont-Dessaignes. On ne peut nier que l'on rencontre ce phénomène dans les occipito-postérieures ; nous en avons également trouvé des cas dans la littérature et dans les dossiers que nous avons examinés et nous reconnaissons volontiers que cette explication de la pression exercée par le front serait fort tentante si elle s'était trouvée vérifiée par les faits. Mais dire qu'elle est la cause primordiale serait illogique, puisque contraire à l'enseignement des faits.

Aussi accordons-nous notre adhésion à l'explication qu'en donne Fieux (1) : « Lorsque les bords de l'orifice utérin sont refoulés assez bas pendant la période d'expulsion sous la poussée de la tête fœtale, en arrière et sur les côtés, les tissus sont soutenus et doublés sur toute leur étendue par les parois de l'excavation, tandis qu'en avant ils sont comprimés au niveau du pubis, mais nullement soutenus au-dessous de l'arcuatum qu'ils dépassent. La lèvre antérieure est ainsi comme à demi ligaturée à quelques centimètres au-dessus de son bord libre qui ne peut que s'œdématier ». Ce mécanisme explique l'apparition et la localisation de l'œdème d'une façon qui satisfait pleinement, quelles que soient les variétés de position de la présentation fœtale.

Il est encore une cause qui nous paraît avoir son importance en tant que cause favorisant la stase : c'est l'inclinason antérieure de l'utérus dans les cas

(1) Fieux. — Dystocie du travail. *P. M. C.*, p. 148.

d'antéversion qui entraîne la compression du segment cervical entre la partie fœtale et le pubis.

Nombreux sont les cas où cet œdème très limité et peu volumineux ne constitue qu'un simple *bourrelet* qui suspend fréquemment la progression de la tête fœtale pendant un certain temps. Le travail paraissant ne pas faire de progrès, la cause n'étant pas reconnue, on appelle le médecin en vue d'une terminaison artificielle de l'accouchement ; ce dernier refoule le bourrelet qui « *faisait clavette* » et pour peu que les contractions soient énergiques, la tête descend alors franchement dans le bassin et l'accouchement se termine normalement.

C'est ce qui s'observe d'une façon très nette dans les observations suivantes.

OBSERVATION V. — *Œdème de la lèvre antérieure qui descend devant la tête. — On la refoule.* — Année 1894, n° 146.

G. J., 19 ans, primipare. Aucun antécédent. Grossesse normale menée à terme.

Entrée le 17 mai, à 23 heures, au début de son travail. Col effacé commençant sa dilatation.

A 8 heures du matin, le 16, la dilatation est comme une pièce de 5 francs, la tête plonge, la suture sagittale est antéro-postérieure, petite fontanelle derrière le pubis. On rompt les membranes. La dilatation se complète rapidement, la tête descend en faisant sa rotation et en *entraînant avec elle le col qui apparaît à la vulve ;* on parvient à le *refouler* et à dix heures dégagement normal de la tête. Enfant vivant, 3.540 grammes.

OBSERVATION VI. — *Œdème de la lèvre antérieure. — On la refoule.* — Année 1909, n° 579.

J. L., 26 ans, primipare. Début du travail vers le milieu de la nuit du 18 au 19 août. Entre à la Maternité vers 4 heures du matin ; rupture de la poche des eaux aussitôt après l'entrée ; le col se reforme.

A 9 heures, le 19, on constate de *l'œdème de la lèvre antérieure,* col dilaté comme 2 francs. OEdème du segment inférieur.

Vers 11 h. 30, la tête étant en occipito-sacrée, *on refoule la lèvre antérieure* jusqu'au-dessus du front du fœtus.

On dut terminer avec le forceps, en raison de souffrance de l'enfant.

OBSERVATION VII — (*Les quatre observations suivantes ont été communiquées par M. le Professeur agrégé Remy.*)

Secondipare, fait sa dilatation de 5 heures du matin à midi, normalement. Rupture artificielle des membranes résistantes. A midi et demi trouvant que l'engagement est trop lent pour une secondipare, j'explore et constate que la *lèvre antérieure,* seul obstacle, retient la tête. Je la refoule au-dessus du grand cercle de la tête. En quelques douleurs bien soutenues la parturiente fait descendre la tête, et franchir la vulve.

OBSERVATION VIII

Quatrième accouchement. Dilatation lente de l'orifice cervical (40 heures) par faiblesse des contractions, poche des eaux intacte. Quand la dilatation est complète et les contractions devenues fortes et régulières, je fais fixer la

tête qui était mobile (hydramnios) et romps la poche avec les précautions d'usage. La tête s'engage.

Les contractions continuent avec force et régularité ; comme la tête ne descend pas, j'examine et trouve *la lèvre antérieure formant un croissant* et arrêtant la tête. Je la refoulai pendant une contraction. Dès lors la tête descend et sort en deux douleurs. O I G A.

OBSERVATION IX

Primipare jeune. Bassin légèrement aplati ; la dilatation se fait lentement, mais normalement. O I G T. Quand la dilatation est complète, je trouve la *lèvre antérieure gonflée qui fait clavette ;* je la refoule à l'occasion de plusieurs douleurs, alors la tête descend sur le périnée. Expulsion lente, mais spontanée de la tête à travers l'anneau vulvaire.

OBSERVATION X

Primipare, âgée de 30 ans. L'effacement du col et la dilatation de l'orifice externe se font normalement pendant la nuit. On m'appelle parce que la tête en O I G A en partie descendue n'avance pas, les contractions étant espacées, insuffisantes.

Je trouve *la lèvre antérieure tuméfiée, faisant clavette*, je la refoule au-dessus du grand cercle de la tête ; elle ne descend plus. Je dus dans la suite extraire la tête avec le forceps pour insuffisance de contractions.

b) *Gonflement œdémato-sanguin.*

Mais il arrive fréquemment aussi, surtout dans les cas de paresse utérine ou d'inefficacité des contractions utérines que lorsque l'œdème s'est installé, la

tension ne fait qu'augmenter dans ce bourrelet soumis, par suite des alternatives de relâchement et de contraction du muscle utérin, à des périodes de décompression permettant l'apport sanguin et des périodes de compression pendant lesquelles les capillaires distendus se rompent et répandent leur contenu dans les éléments cellulaires dissociés. Le bourrelet augmente d'épaisseur au point de créer un véritable obstacle. Les souffrances très vives éprouvées par la parturiente viennent encore jeter le désarroi dans la marche du travail ; les contractions s'espacent, deviennent irrégulières et l'état local ne fait qu'empirer. Nous n'avons plus affaire à un simple bourrelet, mais à un *gonflement œdémato-sanguin* qui constitue une petite tumeur d'un rouge violacé qui se laisse refouler par la tête jusqu'au-dessous du pubis, gênant l'expulsion. Que le moment favorable pour refouler cette lèvre œdématiée soit passé et voilà le médecin en présence d'un obstacle sérieux, parce qu'il prolonge la durée du travail, parfois d'une façon excessive ainsi qu'en témoigne l'Observation ci-dessous due à l'obligeance de notre Maître M. le Professeur Herrgott.

OBSERVATION XI. — *Extraite du mémoire de M. le Professeur Herrgott. Revue Médicale de l'Est*, 1911, p. 468 (1) [résumée].

Primipare de 38 ans. Grossesse sans incident.

Le 8 mai, au début du 9e mois, apparaissent les pre-

(1) Un accouchement ennuyeux par manque de synergie dans la contraction utérine.

mières douleurs vers 4 heures ; elles vont en s'accentuant à partir de 15 heures.

A 16 heures, la femme fait des efforts d'expulsion, et à 19 heures, les membranes se rompent spontanément. Une sage-femme, appelée à 21 heures, trouve le travail moins avancé que le supposait sa malade ; *col assez épais, peu dilaté.* Elle adresse la parturiente à la Maternité où elle arrive le 9 mai, à 1 heure du matin.

A l'entrée, utérus irrégulier : corne droite plus développée que celle du côté opposé. A ce niveau, on trouve une tuméfaction du volume du poing, de consistance moins résistante, plus molle que le reste du corps utérin, dont elle est séparée par un léger sillon. Toutefois cette portion de l'utérus participait aux contractions générales, mais en restant plus dépressible que le reste de l'organe. Le fœtus se présente par le sommet, en G. A. ; battements normaux.

Au toucher, tête très engagée, avec ébauche de bosse séro-sanguine ; col dilaté comme une petite paume de main, très abaissé dans l'excavation ; *lèvre antérieure épaisse qui apparaît à la vulve. Col infiltré,* dur dans ses parties antéro-latérales, souple, plus extensible et moins épais en arrière. Contractions régulières. Aucune modification pendant 24 heures.

Le 11 mai, *le col s'est un peu assoupli,* surtout latéralement. En avant, au-dessous de l'arcade pubienne, il persiste une sorte de *petite tumeur, du volume d'une amande,* constituée par la *partie antérieure* du col. Dans son ensemble, la dilatation a un peu progressé. Etat général satisfaisant ; battements normaux. On essaie, à 17 heures, de refouler la partie antérieure et latérale droite du col, mais le doigt perçoit quelques craquements fibrillaires suivis de l'écoulement de quelques gouttes de sang qui engagent à ne pas insister davantage. Le bon état général et la régu-

larité des battements font rejeter pour l'instant l'interventions par les incisions de Dührssen.

A 19 heures, *col aminci, assoupli ;* dilatation presque complète ; à 21 heures, on arrive à refouler facilement la partie sous-pubienne de la lèvre antérieure.

Le Dr Job fait alors une application de forceps pour terminer un accouchement *qui durait depuis quatre-vingt-dix heures,* non parce que le fœtus souffrait et que l'état de la femme était mauvais, mais pour pouvoir désinfecter la cavité utérine et surtout dans un sentiment d'humanité, pour permettre à cette malheureuse femme de se reposer enfin. Extraction facile d'un enfant de 2.750 grammes.

Comme la délivrance tarde, on introduit la main dans la cavité utérine ; le placenta se présente par son bord, il est partiellement décollé, mais il est encore adhérent dans la corne droite, à l'endroit signalé pendant le travail. Décollement facile : *minceur extrême de la paroi utérine* à l'endroit de l'insertion placentaire. Injection intra-utérine iodée.

Le 9e jour, col en partie reformé, lèvre antérieure normale ; encoche à droite, remontant jusqu'à l'insertion vaginale. Suites de couches normales.

Ainsi donc, voilà un travail d'une durée de 90 heures ! nous tenons à faire remarquer de suite d'une part qu'il s'agissait d'une primipare âgée (38 ans) et d'autre part qu'il existait, fait extrêmement curieux, une insertion du placenta dans la corne utérine droite qui entraînait « un manque de synergie » dans la contraction utérine : on a noté que cette portion utérine distendue participait à la contraction générale, mais qu'elle demeurait plus dépressible, ce qui indique bien le peu de valeur de ses efforts expulsifs. Il y

avait eu également rupture précoce de la poche des eaux. Ce sont des éléments qu'on ne peut négliger lorsqu'on recherche les causes de la prolongation du travail. Mais par contre, les contractions étaient régulières, d'intensité moyenne, la tête était très engagée et il s'agissait d'une *gauche antérieure*, toutes conditions favorables à la bonne marche de l'accouchement !

Ce qui frappe à la lecture de cette Observation si instructive, c'est que l'attention est attirée sans cesse sur l'état de la lèvre antérieure œdématiée et refoulée jusqu'à la vulve par les poussées de la tête fœtale. C'est parce qu'elle avait remarqué l'épaississement des tissus de col coïncidant avec un retard dans la dilatation que la sage-femme avait engagé cette femme à se rendre à la Maternité ; et quand on l'examinait à son entrée une vingtaine d'heures après le début du travail, il existait déjà un œdème considérable de toute la partie antérieure du segment cervical alors que la dilatation n'était encore que d'une petite paume de main. Cet œdème entravant la progression de la tête fœtale l'empêchait de remplir avec efficacité son office de coin dilatateur, d'où l'extrême lenteur de la dilatation : et quand on essayait très prudemment de refouler la lèvre antérieure pour mettre fin à une situation qui comportait de gros risques, on était obligé d'y renoncer sous peine d'entraîner la rupture de ces tissus privés d'extensibilité. Ce n'est qu'au dernier moment, alors que la dilatation était presque complète et que le col avait repris un peu de souplesse qu'on put enfin refouler ce qui

restait de la lèvre antérieure et terminer par une application de forceps.

Le terme d' « accouchement ennuyeux » n'est certes pas exagéré dans un cas de ce genre ! La prolongation du travail ne créa pas seulement une situation pénible pour la parturiente par l'état de fatigue, d'épuisement même dans lequel il la jette, mais elle apporte encore un élément de gravité par la menace de rupture de l'utérus et les risques d'infection ; quant au fœtus, son existence est fortement compromise par le trouble apporté dans la circulation fœto-placentaire par la répétition des contractions, parfois même par l'état de tétanisation du muscle utérin.

Si M. le Professeur Herrgott a pu, devant un cas aussi embarrassant, conserver toute la patience nécessaire, c'est que l'état général de la parturiente restait malgré tout satisfaisant, qu'il y avait pas ou peu de fièvre, pas d'augmentation du nombre des battements maternels, pas d'infection du liquide amniotique grâce à des précautions antiseptiques minutieuses et surtout pas de manifestations traduisant la souffrance du fœtus. Ce n'est guère d'ailleurs que dans des services organisés comme le sont les Maternités, où l'on dispose d'un personnel expérimenté, où la surveillance s'exerce sans interruption, où enfin tout est préparé pour pouvoir intervenir dans les meilleures conditions possibles dès que les indications opératoires ont été posées, que l'on peut pousser la temporisation jusqu'à son extrême limite.

A côté de ces cas où l'accouchement, malgré sa lon-

gueur et toutes ses difficultés, se termine d'une manière naturelle, nous en trouvons d'autres dans lesquels *la tuméfaction œdémateuse se laisse allonger, laminer* en quelque sorte par la tête vigoureusement poussée par les contractions utérines, pour apparaître finalement à l'orifice vulvaire sous la forme d'une masse violacée ou au contraire livide (Fieux) ; c'est ce que nous montrent les deux Observations ci-dessous.

OBSERVATION XII . — *Gonflement œdémato-sanguin de la lèvre antérieure qui descend devant la tête.* — Communiquée par M. le Professeur agrégé S. Remy.

Mme P..., quadripare, 34 ans, est de petite stature quoique bien conformée.

Elle est à sa quatrième grossesse. Dernières règles le 20 novembre 1886.

Examinée vingt jours avant le travail, je trouve tête mobile au détroit supérieur, position gauche. Col de multipare, pas effacé. Je puis atteindre à la limite le promontoire.

Le travail se déclare le 8 septembre ; le matin, je trouve col mou, très souple, épais, orifice interne ouvert, tête mobile, position gauche.

A 15 h. 30, rupture spontanée des membranes, écoulement abondant de liquide (hydramnios). A ce moment, le col est dilaté comme 5 francs, reporté à gauche formant un bourrelet circulaire épais ; la tête s'est fixée et un peu engagée.

Vers 23 heures, on ne sentait plus la lèvre gauche tandis que les portions antérieure, droite, postérieure du col formaient une bande circulaire qui ne disparaissait

pas. Sous l'influence de la pression de la tête qui poussait *la lèvre antérieure et la lèvre droite,* il se fit un *gonflement œdémato-sanguin* de ces parties qui donna lieu à un écoulement sanguin modéré, mais persistant. En vain essaya-t-on pendant longtemps de repousser en haut ces parties.

La tête s'engagea peu à peu sous l'influence de contractions régulières et fortes. Elle arriva à un doigt du périnée, puis sur le périnée, tandis que *la lèvre antérieure, d'un rouge noir apparaît à la vulve.* Peu à peu la tête se dégage à la vulve. Enfant de 4.000 grammes environ. Délivrance normale.

OBSERVATION XIII. — *La lèvre antérieure œdématiée descend devant la tête.* — Année 1893, n° 292.

B..., 23 ans, secondipare, entre le 29 septembre à 5 h. 1/2 du matin en travail, accouche le même jour, à 9 heures, d'une fille en O I G P pesant 3.200 grammes.

A son entrée le col est effacé, *à bords épais,* dilatable, ouvert plus que 5 francs, membranes rompues pendant le trajet pour venir à la Maternité.

La tête est engagée légèrement ; la grande fontanelle est seule accessible en avant et à droite.

A 8 h. 1/2, les *bords* de l'orifice *sont amincis,* la grande fontanelle au centre de l'orifice. Vingt minutes après la petite fontanelle est accessible et la grande s'éloigne en arrière et à droite. Les contractions augmentent d'intensité, la tête apparaît à la vulve recouverte par la *lèvre antérieure œdématiée ;* léger écoulement sanguin. La tête se dégage en direction antéro-postérieure. Expulsion normale du tronc.

Cette tumeur œdémato-sanguine peut aussi se

laisser étirer au point de prendre *l'aspect polypoïde,* « en battant de cloche » (Frühinsholz) ; mais on conçoit facilement quels peuvent être les désordres engendrés dans les tissus par la prolongation d'une compression s'exerçant toujours sur les mêmes points. Le mobile venant à progresser légèrement grâce à l'amincissement du pédicule de la tumeur, on assiste parfois à l'arrachement du fragment œdématié sous l'effet des poussées de la tête fœtale, si bien qu'il ne reste plus qu'à le « cueillir » comme dans l'Observation ci-dessous.

OBSERVATION XIV. — *Gonflement œdémato-sanguin de la lèvre antérieure à forme de polype.* — Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Fruhinsholz.

N..., a marché à un an. Bien portante, bien réglée. En 1907, premier accouchement à terme. Tentatives d'application de forceps au-dessus du détroit supérieur. OEdème et déchirure du col. Dérapages successifs. Essais de broiement par le forceps qui n'aboutissent qu'à fausser l'instrument. C'est alors que je suis appelé. Je fais secondairement une basiotrepsie sur un enfant mort.

Un examen ultérieur fait reconnaître qu'il existe un léger rétrécissement du bassin. De bi-épineux 25, bi-crêtes 26, Baudelocque 18. Promontoire accessible à la limite. Le col est réduit à l'état d'un petit moignon représentant surtout la lèvre droite.

En 1909, deuxième accouchement à terme. Premières douleurs le 8 octobre, au matin. A midi, dilatation comme 0.50 centimes ; à 16 heures, dilatation comme 2 francs. A 17 heures, rupture spontanée des membranes.

A 23 heures, dilatation stationnaire ; obliquité utérine ; tête haute, ne débordant pas, non fléchie en O I G T, encore mobilisable, inclinée sur le pariétal postérieur.

Le 9 octobre, à 9 heures du matin, tête mieux appliquée dans la même situation ; la lèvre antérieure du col commence à s'œdématier.

A 17 heures, la tête progresse en même temps que le pariétal antérieur tend à franchir le détroit supérieur. Le moignon de col antérieur est devenu polypoïde ; il fait battement de cloche au devant de la tête fœtale ; il apparaît à la vulve, infiltré de sérosité et de sang.

23 heures. — La tête a progressé, *la lèvre antérieure du col tombe comme un fruit mûr*. Les battements s'assourdissent.

On fait à minuit une application de forceps qui extrait un fœtus vivant de 3.000 grammes environ. Suites normales.

Parfois même ce lambeau de col peut être expulsé sans que l'on ait à intervenir ; après quoi la dilatation se complète rapidement (cas de Potocki et Sauvage).

Mais il peut se faire aussi que l'accouchement se termine sans que la tumeur qui faisait obstacle se soit détachée ; elle persiste sous la forme d'un fragment dont la vitalité est fort compromise par suite de l'état d'attrition des tissus, ainsi que l'a bien montré Tourneux dans l'examen qu'il fit de la pièce provenant du cas de Peyrau ; il existait une infiltration sanguine considérable, en quelques endroits même de véritables suffusions, mais surtout un état de nécrose. Toute tentative de suture serait non seulement vouée à l'insuccès à cause du mâchonnement des bords

à affronter, mais encore dangereuse parce qu'il est difficile d'apprécier si l'on peut garder quelque espoir de voir la vie continuer dans ce fragment. *En cas de délabrement très étendu,* il est donc indiqué d'exciser la portion arrachée, vouée presque à coup sûr à la mortification plutôt que de la laisser se sphacéler pendant les suites de couches.

Le sphacèle peut s'étendre non seulement à la lèvre antérieure, mais encore à une grande partie de l'anneau cervical en raison de l'attrition des tissus, dans les accouchements longs au point de donner de l'infection intra-amniotique, comme dans l'Observation suivante.

OBSERVATION XV. — *Gonflement œdémato-sanguin de la lèvre antérieure. — Sphacèle consécutif.* — Année 1900, n° 392.

B..., 33 ans, secondipare.

Rien dans les antécédents. Avortement à 3 mois.

Elle est au terme de sa deuxième grossesse.

Rupture prématurée des membranes dans la nuit du 14 au 15 septembre.

Entre à la Maternité le 16 septembre, à 14 heures ; la tête se serait engagée à 8 heures. O I D P, dilatation presque complète, rotation en train de s'effectuer ; tête sur le plancher périnéal.

La lèvre antérieure d'un rouge violacé, volumineuse, descend jusqu'à la vulve ; tête en occipité publienne, périnée œdématié. Temp. 39°, pouls rapide.

Application de forceps : extraction d'une fille de 3.100 grammes ; liquide amniotique fétide. Délivrance normale huit minutes après. Réfection du périnée qui s'est déchiré

au moment de l'introduction des cuillers. Injection iodée intra-utérine.

Le 19 septembre, on constate *que le col est entièrement mortifié,* vagin intact, les débris sphacélés s'éliminent.

Le 29 septembre, le col n'existe plus, orifice déchiqueté. Sortie le 25e jour.

Enfin, on observe encore des cas dans lesquels l'accouchement ne paraissant pas pouvoir s'effectuer spontanément parce que l'obstacle ne veut pas céder, on est obligé d'intervenir soit parce que l'utérus s'épuise, s'infecte ou menace de se rompre, soit encore parce qu'une indication formelle de terminer rapidement l'accouchement est fournie par l'état du fœtus. Nous nous réservons de discuter au cours de notre travail des moyens les plus adéquats pour arriver à ce résultat. Mais admettons pour l'instant qu'une application de forceps a été décidée : que va-t-il se passer ? Si nous en croyons Hirte a Eupen (1) dans l'article qu'il écrivait pour recommander l'application du forceps dans ce genre de dystocie, il semblerait que le forceps est un moyen de choix qui permettrait de délivrer la femme avec le minimum de dégâts. Il cite à l'appui de ce qu'il avance trois Observations favorables à sa thèse. Mais nous voyons par contre Bonnaire nous rapporter l'Observation d'un cas de ce genre dans lequel au moment de l'extraction du fœtus, le col utérin « détaché, comme sectionné par la pression sur le détroit supérieur tomba sous un cin-

(1) Hirte a Eupen. — *Archiv. für Gynecol.*, VII, p. 552, *in Arch. de Tocologie*, 1875, p. 135.

quième environ de sa circonférence ». A la dystocie d'origine cervicale se joignait celle provenant d'un bassin généralement rétréci, ce qui augmentait évidemment les difficultés du forceps ; mais on comprend facilement qu'il ne peut y avoir qu'un seul effet de cette distension brusque imposée à des tissus infiltrés, par conséquent incapables de se distendre : la déchirure.

c) *Thrombus.*

Hubert, dans son Traité, fait observer qu'un degré plus avancé que le gonflement œdémato-sanguin s'observe dans les cas où un petit vaisseau vient à se rompre dans les tissus de la portion vaginale du col : il se produit alors une véritable tumeur sanguine ou *thrombus.*

Ce thrombus se présente à l'entrée du vagin sous forme d'une tumeur lisse, violacée ou bleuâtre, tendue et douloureuse. C'est un accident cependant très rare comme le prouve le petit nombre d'Observations que l'on peut rassembler (1). On n'a pas eu l'occasion d'en observer à la Maternité de Nancy. Rouvier, à l'occasion d'un cas qui s'est produit dans sa clinique obstétricale d'Alger, en donne une description très complète dans un article publié sur cette question (2), montre que le thrombus s'observe surtout pendant la période d'effacement et de dilatation, et nos Observations établissent qu'il peut jusqu'à un certain point

(1) Maygrier et Tarnier disent n'en avoir jamais rencontré.
(2) Rouvier. — *Arch. mens. d'obs. et gyn.*, février 1911, p. 89.

entraver l'expulsion. Néanmoins, leur volume n'est pas considérable et ne doit guère agir autrement que le gonflement œdémato-sanguin, car nous voyons deux cas sur trois se terminer par les seules forces de la nature ; dans un des cas d'Auvard, l'enfant atteignait même le poids peu commun de 5.870 grammes ! Dans un cas de Montgomery rappelé par Maygrier (1), la tête en descendant et en pressant toujours davantage sur la tumeur spongieuse formée par le thrombus en provoque l'éclatement : l'hémorragie s'arrête et l'accouchement se termine naturellement.

Rouvier fut pourtant obligé de faire une application de forceps pour extraire un enfant qui se dégagea en O. S. et il semble que la cause qui motiva l'intervention fut plutôt la position postérieure de la tête, étant donné que l'enfant ne pesait que 3.100 grammes.

Les suites de couches, pour ces thrombus, furent les suivantes : résorption graduelle et retour de la lèvre antérieure à sa forme et son volume primitifs dans un des cas d'Auvard et de Rouvier ; sphacèle, dans le second cas d'Auvard où le fœtus présentait le poids de 5.870 grammes, ce qui n'est pas pour surprendre quand on songe au volume d'un enfant de ce poids.

On a vu le thrombus (Observation du Docteur Georges Johnston rapportée par Maygrier), à la suite de l'ulcération de la muqueuse et élimination du caillot, donner lieu à une hémorragie mortelle au 5e jour des couches ; la tumeur semble avoir eu les

(1) Tarnier, Budin. — Traité de l'art des accouchements, t. III, p, 436.

dimensions d'une petite orange où on trouve une cavité dans laquelle débouchaient plusieurs vaisseaux sanguins.

CHAPITRE II

RIGIDITÉ SECONDAIRE DE L'ANNEAU CERVICAL

C'est à ce moment que nous avons à nous prononcer sur un état qui se constate parfois après l'effacement du col et auquel Dubois a attribué le qualificatif de « Rigidité anatomique ». Depuis, ce terme a été reproduit dans touts les Traités, après qu'il s'est trouvé appuyé de l'autorité de Pajot qui croyait à un raccornissement des tissus sous l'influence de l'âge. C'est un état du col qui fournit au doigt qui explore la sensation d'un tissu dur, résistant, épais, comparable à celle qui serait donnée par du cuir imbibé de graisse.

On ne peut mettre en doute l'existence de cet aspect du col ; il n'est pas d'accoucheur qui n'en ait rencontré au cours d'un travail. C'est une constatation clinique, disent Doléris et Maygrier ; mais nous ajouterons que ce n'est pas une raison pour croire qu'à cette sensation correspond un état anatomique, voire même histologique. On le rencontre cet aspect, lorsque le travail traîne en longueur, lorsque la poche des eaux se rompt d'une façon précoce, lorsque pour une raison quelconque la partie fœtale n'appuie pas sur la portion cervicale de l'utérus. Et comme on avait la conviction que la primiparité âgée avait le triste privilège des accouchements ennuyeux, ce qui a été reconnu inexact depuis les travaux de Courtade, Grenser,

Steinmann, Rumpe, Ludwig, on en concluait qu'il y avait chez elles un « raccornissement » des tissus dû à l'âge (Pajot).

Or, dans l'excellent travail qu'il publia sur ce sujet en 1883, Courtade n'en signale que 4 cas sur 365 accouchements de primipares âgées ! De plus, on rencontre quelquefois les apparences de cette même rigidité anatomique chez des secondipares, ce qui exclut toute idée de rigidité « essentielle », primitive du col. Les nombreux travaux parus sur cette question à la suite de celui de Doléris ne laissent plus d'ailleurs aucun doute sur ce point.

La portion vaginale du col, étant composée de tissu conjonctif inséré entre deux plans épithéliaux (Fieux), ne pourrait présenter de rigidité anatomique que par le fait d'une accumulation de tissu fibreux : nous aurions alors affaire à une rigidité scléreuse qui est fatalement d'origine pathologique et non plus à une rigidité anatomique. Il se peut que dans leurs descriptions de cas cliniques, presque tous les auteurs qui avaient observé de ces rigidités se soient servis de ce terme de « Rigidité anatomique » sans avoir l'intention de donner par le fait même la formule histologique de ces cols, mais simplement pour exprimer en un terme classique l'impression de dureté que leur fournissaient ces cols qu'ils voyaient opposer une sérieuse résistance à la progression de l'enfant.

D'ailleurs, ce qualificatif ne fut jamais appuyé d'aucune preuve d'ordre microscopique ; c'était simplement affaire d'impression. Toutes les fois que l'on a pu examiner des fragments arrachés par effraction

ou prélevés dans un but d'examen, on n'a jamais découvert d'éléments qui pussent servir de base à la description d'un col anatomique spécial. On trouvait de l'infiltration simple ou inflammatoire constituée par les éléments de l'œdème.

Pratiquement, cette apparence de rigidité, cette « pseudo-rigidité anatomique » s'observe, nous l'avons déjà dit, pendant la période de dilatation. Il suffit du reste de parcourir, comme nous l'avons fait en compulsant les dossiers de la Maternité de Nancy, les descriptions qui sont données des phénomènes qui se passent au niveau du col pour constater que le col peut présenter des aspects variés pendant le même accouchement. Tantôt on parle *de bords souples, puis de bords épaissis* au début de la dilatation, un peu plus loin *de bords épais et résistants,* après quoi la dilatation s'achève et l'accouchement se termine naturellement. Que l'on vienne à pratiquer le toucher chez une femme dont le travail traîne un peu vers le moment où la dilatation est comme 5 francs, il arrive que l'on trouve un col présentant les caractères de la « rigidité anatomique » et l'on serait tenté de poser ce diagnostic ; lorsque, les contractions reprenant avec vigueur, on assiste à la disparition du phénomène et à la terminaison naturelle, quelquefois très rapide de l'accouchement, là où on aurait pu redouter un obstacle sérieux à l'expulsion du fœtus.

Aussi ces « rigidités anatomiques » ont-elles deux sorts différents :

Le plus souvent, heureusement, elles *disparaissent simplement et sans éclat.* Mais quelquefois elles

entraînent une telle *prolongation du travail* qu'elles provoquent l'appel du médecin. Si rien n'oblige à terminer rapidement l'accouchement et si l'on croit pouvoir abandonner la terminaison de l'accouchement aux seules forces de la nature, on voit alors la disparition se produire comme dans les cas si bien exposés par Doléris ou encore comme dans celui où Auvard corrigeant une inclinaison de l'utérus, alors que tout semblait faire croire à une rigidité du col, remit en route un travail qui semblait ne pas devoir aboutir et qui se termina alors dans l'espace d'une demi-heure !

C'est parce qu'il n'existe pas de rigidité essentielle, primitive, que Pinard et Couvelaire ont donné et à si juste titre à cet état du col le nom de *rigidité secondaire* par infiltration. Mais alors à quoi est dû cet épaississement, cette induration des tissus ?

Il n'existait pas encore d'examen histologique du col atteint de cette sorte de rigidité, lorsque Wallich (1) en 1889 eut enfin l'occasion d'examiner deux fragments de col présentant ce caractère.

Dans l'un des cas, le col s'était rompu circulairement après 80 heures de travail. « Il était dur, épais, ayant une dilatation comme 5 francs, résistant comme du cuir bouilli. Histologiquement, le col était infiltré, farci de sang : tous ses faisceaux et ses fibres musculaires étaient disséqués, dissociés..., à mesure qu'on approchait de la rupture, l'infiltration sanguine diminuait d'intensité pour faire place à de l'œdème, infiltration séreuse qui, elle aussi, avait disséqué, dissocié

(1) Wallich. — Etude sur la rigidité dite anatomique du col de l'utérus pendant le travail. *Arch. gynéc.*, 1893, t. 40, p. 595.

les éléments nobles du col, les fibres musculaires. Celles-ci *n'étaient le siège d'aucune altération* et en dehors de l'infiltration et de l'œdème, nous n'avons observé aucune lésion ».

Dans un second cas, Porak avait dû faire des incisions après 56 heures de travail sur un col qui ne se dilatait pas ; « on ne constatait au microscope aucune lésion ; pas d'infiltration séreuse, ni sanguine ; aucune altération des éléments nobles, aucune néoformation pathologique, aucune disposition anormale en dehors d'un tassement des parties constituantes effaçant un peu la lumière des vaisseaux et celle des glandes et contrastant un peu avec l'aspect du col précédent, aux éléments dissociés par l'infiltration ».

Bouffe de Saint-Blaise (1), un peu auparavant, ne constatait également aucune altération des éléments dans un fragment de col arraché. Le Lorier (2) trouve dans un col résistant les fibres musculaires et conjonctives très dissociées, reproduisant la disposition observée dans la boule d'œdème.

En plus de ces lésions banales d'œdème, des recherches ultérieures firent découvrir des éléments figurés du sang dans la sérosité. Audebert (3) a côté de lésions mécaniques (œdème, hémorragie) trouve une infiltration leucocytaire. C'est ensuite Couvelaire (4) qui signale dans deux cas une infiltration colossale de

(1) Bouffe-St-Blaise.— Arrachement du col utérin. *Arch. Gynéc.*, 1890, t. 33, p. 300.
(2) Le Lorier. — *Soc. Obst. Gyn, et Sad*, 9 oct. 1905. — *Ann. Gynéc* série, 1906, p. 35.
(3) Audebert. — *Arch. méd. de Toulouse*, 1903, p. 621.
(4) Couvelaire. — *Bull. Soc. obst.*, 1908, p. 134 ; 1911, p. 349.

leucocytes polynucléaires. Durante (1) fait la même observation dans le cas de Bonnaire.

Enfin, Sauvage (2) observe la même infiltration leucocytaire dans le segment inférieur. Les leucocytes y sont en si grand nombre qu'ils font penser à la membrane pyogène et à une réaction de défense contre une infection. Ce furent Potocki et Sauvage (3) qui découvrirent dans l'épaisseur d'un fragment examiné des staphylocoques dans la lumière des vaisseaux et dans les placards d'œdème. Mais s'agit-il d'une infection primitive ou secondaire du col ? La question n'est pas encore résolue.

Il nous paraît donc légitime de conclure avec tous ces auteurs que les modifications du col dans cette pseudo-rigidité anatomique sont d'ordre secondaire et pour ainsi dire toujours liées à l'infiltration séro-sanguine, bien que Porak et Boissard (4) estiment que certains cas de « rigidité anatomique » ne sont que la conséquence d'un défaut des modifications qui ont pour résultat dans la grossesse normale d'entraîner l'amollissement du col.

Cliniquement, voici ce qu'on observe d'après Queirel (5) qui en a donné une description clinique très complète : « L'effacement est complet, la dilatation commence et sans qu'il y ait rien de changé en apparence, les douleurs continuent et l'orifice du col reste le même pendant des heures. Et, si cet état de

(1) Durante. — *Bull. Soc. obst.*, 1911, p. 229.
(2) Sauvage. — *Bull. Soc. obst.*, 1911. p. 350.
(3) Potocki et Sauvage. — *Ann. Gynéco!.*. 1912, II[e] série, t, 9, p. 153.
(4) Boissard. — *De la dilatation rapide et forcée du col*, 1906.
(5) Queirel. — Leçons cliniques.

choses se prolonge, le col d'abord mince, semblable à celui de la rigidité spasmodique, s'épaissit, s'indure, s'œdématie et donne la sensation de cuir bouilli. Mais voici la différence : tandis que dans le premier cas les lèvres du col... s'appliquent sur la présentation, dans le second cas au contraire, elles en sont plus ou moins distantes et deviennent de plus en plus épaisses, de plus en plus dures... *Alors la rigidité... n'est pas cause du défaut de dilatation, mais bien conséquence de l'absence des conditions qui le favorisent...* Le col ne se dilate pas, moins parce que son tissu résistera d'emblée que parce que la poche des eaux ne soutiendra pas la dilatation ; parce que le segment inférieur de l'utérus sera comprimé excentriquement par la tête contre les parois dures du bassin et qu'elle laissera au-dessous d'elle une zone flasque et molle qui va s'épaissir, s'infiltrer par un phénomène analogue à celui qui produit la bosse séro-sanguine ; parce qu'encore un placenta inséré bas va empêcher l'adaptation de la présentation ».

Mais de même que nous assistons, en lisant une Observation très démonstrative de Queirel, à la formation de cette rigidité secondaire lorsqu'il nous montre un col primitivement mince et tranchant devenant le lendemain dur, épais, œdématié, nous pouvons aussi par contre voir *l'œdème céder, le col s'assouplir et la dilatation s'achever* au point de permettre, soit l'expulsion spontanée, soit une extraction au forceps qui permet de mettre fin à un accouchement trop long chez une femme épuisée. Nous en avons trouvé la preuve dans la très intéressante

Observation qu'a bien voulu nous communiquer M. le Professeur Herrgott et qui est rapportée plus haut ; c'est d'ailleurs ce qui doit se produire dans la plupart des cas d'accouchements dits « ennuyeux ».

Mais plaçons-nous maintenant devant la fait d'un anneau cervical qui s'est induré secondairement au point de devenir épais, tendu, de consistance ligneuse, suivant les termes employés dans les descriptions qui en sont données. Le médecin se trouve en présence d'un anneau qui résiste et qui résistera. Les contractions pourront rester faibles, irrégulières, revenant parfois avec une certaine énergie pour céder à nouveau devant l'obstacle créé par cette « rigidité mécanique », comme l'appelaient les anciens (Scanzoni) : ou bien elles redeviendront puissantes, efficaces et pousseront l'enfant contre un anneau qui ne veut et ne peut se dilater. Quoi qu'il en soit, la situation est la suivante : un accouchement qui dure plusieurs jours, un œuf habituellement ouvert dès le début du travail, une situation pleine de dangers pour la parturiente et pour le fœtus : pour la parturiente d'une part, un état d'épuisement dont elle ne sortira peut-être que pour devenir la proie de l'infection ; pour le fœtus d'autre part, une vitalité très compromise.

Examinons maintenant, d'après les Observations que nous avons recueillies dans les Archives de la Maternité et dans la littérature, ce qui survient dans ces accouchements entravés par la résistance de l'anneau cervical. Nous pouvons classer les faits de la façon suivante. Ou bien ;

a) Le col et le segment inférieur se laissent refouler par la tête jusqu'à l'orifice vulvaire ;

b) Le col se laisse arracher, cède par effraction ;

c) La dilatation traîne en longueur, des dangers menacent la mère et l'enfant : le médecin est appelé à intervenir.

a) *Le col et le segment inférieur se laissent refouler par la tête jusqu'à l'orifice vulvaire.*

C'est ce qui arrive lorsque, comme le fait remarquer Queirel, l'utérus jusqu'alors inerte ou irrégulier dans ses contractions (phase pendant laquelle la tête fœtale n'appuie pas ou médiocrement sur la portion cervicale) retrouve son énergie, pousse la tête fœtale qui accomplit dès lors sa descente dans l'excavation en refoulant devant elle l'anneau induré, grâce à l'amincissement du segment inférieur qui coiffe la tête fœtale.

Le médecin appelé à intervenir trouve le bassin mou occupé par cette masse refoulée jusqu'à l'orifice vulvaire. Dans l'Observation de Smellie, il est dit que « l'orifice de la matrice ouvert comme un petit écu, mais épais et tendu était chassé d'environ un demi-pouce au dehors... la sage-femme avait craint de voir sortir enfant et matrice par la vulve ». Nous trouvons un bel exemple de la tendance à l'expulsion en bloc de tout le segment inférieur dans l'Observation suivante due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Fruhinsholz.

OBSERVATION XVI. — *Gonflement œdémateux du cercle cervical qui s'oppose au dégagement de la tête.*

Primipare, 30 ans, à terme.

Rupture prématurée des membranes le 10 mai 1907, au matin. A 15 heures, dilatation : 2 francs. Un médecin est appelé. Le soir, la dilatation a un peu progressé ; le médecin perd patience, essaie de dilater le col et de pénétrer avec une cuiller de forceps. Devant les difficultés rencontrées, il renonce.

Dans la nuit, état stationnaire ; appel d'un deuxième médecin ; les douleurs sont plus énergiques, mais la dilatation n'avance pas. On essaie un lavement de chloral, chloroforme, etc., sans résultat. On pratique à différentes reprises le « petit travail » sur le col.

Je suis appelé à 10 heures du matin.

Etat actuel : Présentation du sommet en O I D A, vessie pleine faisant voussure. On cathétérise. Les battements sont sourds et ralentis, au-dessous de 100. Les douleurs sont vives et les envies de pousser énergiques. Depuis une heure, me dit-on, on voit le col apparaître de lui-même à travers l'orifice vulvaire et on craint une expulsion en bloc du fœtus et du bonnet cervical qui le coiffe. La situation paraît tellement menaçante qu'une main placée sur l'orifice vulvaire cherche à s'opposer à la progression.

Au toucher, je trouve une tête à fond de bassin en O I D A fléchie ; le col est dilaté comme 5 francs environ, présentant une encoche en arrière ; dans son ensemble il est reporté en avant immédiatement derrière la symphyse sous laquelle il apparaît comme un bourrelet hémorrhoïdaire ; il est infiltré dans son ensemble, toutefois l'infiltration, l'épaississement et la dureté sont surtout manifestes en avant. La demi-circonférence antérieure forme

un anneau rigide. Le segment inférieur est distendu au maximum ; chaque poussée menace de tout emporter.

En raison de l'état de l'enfant et de la menace de rupture on se décide d'intervenir. Anesthésie au chloroforme : dilatation manuelle lente et prudente avec les deux mains alternées sans déplacement de la tête ; massage progressif. Lorsque le col paraît suffisamment dilaté, application prudente de forceps sur une tête tournée en occ. pub. Tractions lentes et douces sous surveillance du col avec une main qui achève la dilatation et le refoule progressivement au-dessus de la nuque ; dégagement de la tête ; un circulaire serré. Déchirure périnéale légère (un point de suture vaginal, et un point périnéal). Délivrance normale.

Revision manuelle qui fait reconnaître un segment inférieur très aminci, mais intact, et une échancrure du col en avant et à gauche.

J'ai appris ultérieurement que cette malade a présenté secondairement du sphacèle du col avec élimination de débris extrêmement fétides, et qu'elle a succombé à des phénomènes d'infection avec réaction péritonéale au 6e jour. Je n'ai pu la revoir en raison de l'éloignement de sa résidence.

Ce refoulement en masse eut lieu sous l'influence de contractions énergiques qui se sont réveillées après un accouchement lent au point que des médecins avaient déjà essayé de venir en aide à la femme par des applications de forceps tentées prématurément. Et quel contraste curieux entre la phase du début dans laquelle la dilatation ne s'effectue qu'avec une lenteur extrême qui favorise l'apparition de l'infiltration et celle qui lui succède et dans laquelle les

contractions sont si puissantes « qu'elles menacent de tout emporter » !

L'intérêt de cette Observation ne repose pas seulement dans l'exposé détaillé d'un cas curieux, somme toute assez rare, mais surtout dans le genre d'intervention qui a permis à M. le Professeur agrégé Fruhinsholz de triompher de cette résistance sans entraîner de lésions des parties molles et de terminer l'accouchement par une application de forceps.

Déjà Smellie avait réussi par la même manœuvre de dilatation digitale à faire remonter le col devenu « plus mollet et plus souple... qui coula enfin aisément au-dessus de la tête ». Doumerc, dans un cas semblable où la tête coiffée du segment entr'ouvre la vulve, n'a pas d'autre ressource que de faire une incision de 0,04 ; cette ouverture suffit à elle seule à créer l'ouverture suffisante pour permettre une application de forceps.

Notons, en passant, cette remarquable ascension du segment inférieur lorsque l'anneau résistant a fini par céder : elle est une preuve incontestable de l'action de rétractilité des fibres musculaires des segments inférieur et cervical.

b) *Le col se laisse arracher, cède par effraction.*

Sous l'influence de la même énergie des contractions, réveillée après une période de contractions molles ou irrégulières, nous voyons encore un résultat de la pression considérable exercée sur l'anneau par la partie fœtale qui exécute sa descente profondément.

Nous verrons dans l'Observation ci-dessous, recueillie à la Maternité, ce que nous constatons également dans l'Observation de Wallich, à savoir un engagementt profond de la tête fœtale ; il y avait donc encore tendance à l'expulsion de la tête coiffée du segment inférieur lorsque survint un accident qui avait été signalé dès 1890 par Bouffe de Saint-Blaise (1) qui présenta le cas à la Société Anatomique : l'arrachement d'une portion de l'anneau cervical qui résistait. Les tissus œdématiés finissent par céder devant l'énorme pression, et par la brèche créée l'accoucheur peut, soit extraire l'enfant par le forceps, soit broyer un fœtus qui a succombé, comme le fit Porak dans l'Observation de Wallich.

Mais il n'est pas nécessaire que la tête soit descendue profondément en entraînant le segment pour que cette effraction se produise, en voici la preuve :

OBSERVATION XVII. — *Rigidité secondaire de l'anneau cervical par œdème. — Arrachement d'une grande portion.* — Année 1900, n° 162.

H..., VIII pare, âgée de 37 ans.

Rien de particulier dans les accouchements précédents, sinon que sur les huit grossesses, trois accouchements se sont faits à terme ; deux ont eu une longue durée, un seulement dix heures. Quatre avortements.

Entre à la Maternité au terme de sa huitième grossesse, le 17 avril, à 19 heures ; les douleurs ont débuté le 15 vers midi. On note : présentation du sommet non engagé en O I D P. *Le col a toute sa longueur*, est un peu entr'ouvert.

(1) Bouffe de St-Blaise. — *Loc. cit.*

Contractions énergiques pendant la nuit du 17 au 18 ; même état le 18 au matin, aucune modification du col. Les contractions s'espacent un peu dans la journée, même état du col dans l'après-midi. Les contractions s'accentuent dans la soirée et la dilatation est enfin de 5 francs.

A 22 h. 30, *rupture spontanée des membranes,* la tête se fixe. Pendant toute la nuit du 18 au 19, fortes contractions et la femme éprouve des envies de pousser le 19, à 4 heures : on trouve la dilatation stationnaire, *bords œdémateux,* lavement laudanisé. La femme pousse malgré tous les conseils donnés. A 6 h. 30, lavement laudanisé.

M. Schuhl *constate une déchirure du col*, la tête se trouve complètement dans l'excavation reposant sur le détroit inférieur. Battements fœtaux normaux.

Application de forceps par M. Schuhl en prise oblique, enfant étonné de 3.680 grammes, vite ranimé.

Revision du col : *arrachement du col partant de gauche à droite en arrière.* L'arrachement à droite s'est produit au niveau de l'insertion vaginale. En avant et à gauche, tissus machonnés. Aucune solution de continuité dans les culs-de-sac ni dans l'utérus. *On sectionne le lambeau du col ;* faible hémorragie arrêtée par plusieurs points à la soie. Injection iodée intra-utérine.

Suites non fébriles ; sortie le 9e jour. On note à ce moment : col en arrière, revenu sur lui-même, frangé ; en avant il se continue directement avec le vagin.

Couvelaire voit une fissure transversale semi-circulaire séparer également le bourrelet des parties hautes du col sur une longueur de 0,08 à 0,10 alors que la tête était simplement engagée et dans ces conditions, il put faire une extraction pénible de l'enfant, réclamée par son état de souffrance.

Cette rupture dans le sens transversal, sectionnant par conséquent les fibres longitudinales, est en somme encore relativement favorable puisque cet accident n'a pas de retentissement sur la portion haute de l'utérus. C'est un accident localisé, intéressant la seule région cervicale du col. Mais la gravité est bien différente lorsque *la déchirure se fait dans le sens vertical,* car elle peut se propager jusqu'au corps utérin, entraînant ainsi la rupture utérine avec toutes ses conséquences. C'est ce que nous voyons se produire dans l'Observation de Wenzel qui signale au cours du travail l'existence d'un col rigide et ferme, sans apporter toutefois d'autres précisions à son sujet.

c) *La dilatation traîne en longueur, des dangers menacent la mère et l'enfant : le médecin est appelé à intervenir.*

Nous avons assisté dans les paragraphes précédents aux efforts faits par l'utérus pour se débarrasser à tout prix de son contenu ; il n'en est malheureusement pas toujours de même. L'accouchement traîne, la cavité de l'œuf s'infecte, la femme s'épuise, l'enfant souffre : autant de raisons qui réclament impérieusement l'intervention du médecin. La patience, la temporisation sont choses excellentes en soi et recommandées par tous les Maîtres, mais elles ont aussi des limites et c'est un point toujours délicat pour le médecin de savoir reconnaître jusque quand il peut

attendre et de juger du moment où son intervention devient nécessaire.

La situation devant laquelle il se trouve est bien faite pour le mettre dans un cruel embarras. Il a devant lui une malheureusce parturiente qui s'épuise à lutter contre un obstacle, insurmontable pour les seules forces de la nature, et qui s'infecte ; un enfant qui est sur le point de mourir ou qui a déjà succombé. Le devoir est clair : il faut délivrer cette femme et essayer, s'il en est encore temps, de sauver l'enfant et cette opération doit se faire avec le minimum de dégâts pour les tissus maternels. Parfois des médecins inexpérimentés ou perdant tout sang-froid, tentent d'appliquer le forceps à travers cet orifice insuffisamment ouvert, oublieux de la formule classique qui veut que le col soit dilaté ou dilatable et ne réussissent qu'à déterminer des attritions dangereuses qui ne peuvent qu'augmenter encore l'œdème du col.

La dilatation manuelle du col a été tentée une fois par Couvelaire, mais elle n'a eu pour effet que de déterminer des déchirures. Dans les Observations XI et XIX, provenant de la Maternité, nous la voyons tenter avec toute la prudence nécessaire : on doit interrompre l'essai de dilatation parce qu'on se rend compte que les tissus cèdent en se déchirant.

Il a semblé que l'on pouvait essayer dans ces cas la dilatation douce et méthodique par l'*écarteur de Tarnier,* par *le ballon de Champetier,* ainsi que nous le voyons faire dans deux Observations recueillies à la Maternité et que nous donnons ci-dessous ; mais ces manœuvres n'ont pas donné le résultat qu'on pou-

vait en attendre. Si Queirel signale un cas où l'écarteur Tarnier a déterminé un certain degré de dilatation, dans un autre cas, par contre, il voit l'écarteur déterminer des déchirures que le forceps vient encore amplifier. Champetier (1) lui-même déclare que son ballon ne convient pas dans ces circonstances.

Aussi voyons-nous dans les Observations que nous avons pu recueillir, que, lorsque le médecin se décide à intervenir en présence de dangers qui deviennent menaçants, parfois trop tardivement peut-être, il fait des *incisions soit nombreuses et de quelques millimètres, soit un peu plus profondes et répétées en deux ou trois séances,* si le résultat se fait attendre. Grâce à ces incisions dans les cas où la situation n'est pas encore trop grave, on voit parfois l'accouchement se faire naturellement sous l'influence de contractions énergiques au travers de cet orifice qui se prête dès lors à une ampliation suffisante.

OBSERVATION XVIII. — *Gonflement primitif ou secondaire de l'anneau cervical. — Incisions. — Accouchement spontané.* — Année 1904, n° 286.

L. Sch., 18 ans, primipare ; pas de signes de syphilis ni de tuberculose ; à terme. Début des douleurs le 10 mai, vers 3 heures, peu intenses. A 10 heures, col effacé, orifice ouvert comme pièce 20 centimes, mais les *lèvres sont épaisses.*

A 19 heures, même état, même épaisseur des lèvres du

(1) Bar. — Accouchement par dilatation rapide du col. *Ann. Gyn.*, 1909 p. 628.

col, contractions très violentes, subintrantes ; c'est pourquoi on lui donne un lavement laudanisé.

Le 11 mai, matin, rupture de la poche des eaux, puis suintement continu de liquide.

A 9 heures, col : 0,50 centimes, *bords très épais sur toute la circonférence,* particulièrement en certains points. *L'induration s'étend à un centimètre au moins du bord libre de l'orifice externe.*

A 10 h. 30, on introduit facilement un *ballon de Champelier* de petit volume. Contractions violentes et très douloureuses.

A 15 h. 30, le col est un peu moins épais, mais la dilatation n'a point avancé. Temp. 37°7, pouls 104. Agitation, langue sèche, un peu d'odeur du liquide amniotique. Le ballon bien incarcéré au-dessus du col n'a aucune tendance à être expulsé ; on le dégonfle et on le retire à 16 heures.

M. Schuhl fait alors 5 à 6 *incisions* sur le pourtour du col, d'environ 5 à 6 millimètres ; l'opération est difficile, l'introduction des ciseaux courbes sur le doigt et leur mise en place sur le col sont pénibles. La dilatation passe à 5 francs ; on se décide de laisser faire le reste aux contractions utérines qui sont intenses.

A 21 h. 30, temp: 38°2, pouls 120 ; la dilatation est toujours à 5 francs, bords épais, lardacés, donnant la sensation de cuir bouilli. Le travail ne progressant pas, M. Schuhl pratique de nouveau 5 à 6 incisions réparties sur tout le col ; la dilatation devient d'une petite paume de main ; les incisions latérales s'étendent presque jusqu'aux culs-de-sac, elles dépassent la zone indurée pour arriver en tissu sain. Une nouvelle incision amène la dilatation à une bonne paume de main. Contractions très énergiques ; battements fœtaux réguliers.

A 14 h. 15, la tête apparaît à la vulve.

A 15 heures, expulsion d'une fille pesant 2.640 grammes, dégagée en occipito-sacrée. Fétidité du liquide amniotique et du delivre. Placenta, 530 grammes. Rétention de la caduque.

Après délivrance, hémorragie qui fut combattue.

Les deux incisions latérales vont presque jusqu'aux culs-de-sac ; les autres incisions sont moins étendues.

Suites fébriles jusqu'au 7e jour ; injections intra-utérines.

On note le 23 : au toucher le col est gros, les lèvres sont épaisses. Incisions latérales nettement perçues allant jusqu'aux culs-de-sac ; les autres ont donné de simples encoches.

Une des Observations de Wallich nous fait voir que Porak pratiqua sur un bourrelet « épais, dur, inextensible » deux incisions qu'il renouvela plus nombreuses sur toute la circonférence du col dans une autre séance et qu'il eut la satisfaction d'assister à l'expulsion spontanée d'un enfant vivant à la suite de son intervention.

Lorsque la tête a franchi le défilé du col élargi par les incisions et se trouve descendue dans l'excavation, il ne reste plus parfois qu'à cueillir la tête avec le forceps, pour éviter de nouvelles fatigues à la parturiente, dans un but humanitaire, comme le dit si bien notre Maître. Nous pouvons faire figurer ces cas parmi ceux dans lesquels les incisions ont suffi pour lever l'obstacle. Nous en trouvons un exemple dans cette Observation de la Maternité :

OBSERVATION XIX. — *Rigidité secondaire du col. Incisions multiples. — Forceps.* — Année 1904, n° 504.

Anna M..., 19 ans, primipare, sans antécédents pathologiques, entre à la salle de travail le 8 septembre avec une dilatation de 2 francs, tête engagée en O I D P. On note que les bords du col sont *épais, durs* et *tendus.*

A 15 heures, poche intacte ; les contractions sont violentes et pourtant le col est dans le même état à 18 heures.

A 21 heures,pas de changement, les contractions sont très fortes. Lavement laudanisé.

Le 9 septembre, à 4 heures, la dilatation n'a pas varié, bien que les contractions aient persisté toute la nuit ; poche des eaux rompue. A 9 heures, température 37°8, pouls à 120, col dilaté c omme 5 francs *bords toujours épais.* En soulevant la tête, il sort un liquide verdâtre.

M. Schuhl fait la dilatation manuelle ; après de légères tractions, le col présente des solutions de continuité. *On décide alors de l'inciser* et on fait cinq petites incisions de chaque côté. La femme pousse, les incisions s'agrandissent et la tête franchit le col. Application de forceps sur la tête à la vulve, en occipito-pubienne. Enfant vivant.

Revision. — Deux incisions vont jusqu'au cul de sac, l'une à gauche, l'autre en arrière et à droite. Utérus intact. Suites absolument normales ; sort le 15e jour.

Mais, quand le temps presse ou quand les accidents sont plus importants, il peut devenir nécessaire de faire l'extraction de l'enfant à travers l'orifice agrandi par les incisions. Ce ne sera jamais qu'une intervention de nécessité avec tous les dangers qu'elle comporte, car les tractions exercées sur la tête avec le forceps exposent beaucoup plus que l'expulsion

spontanée à des délabrements ; les incisions risquent de s'agrandir.

Nous constatons cependant que dans un cas de rigidité du col avec la complication d'une présentation du front, le regretté Professeur Schuhl parvint à extraire l'enfant avec le forceps après avoir fait une douzaine d'incisions de 2 à 3 millimètres sur toute la portion indurée et un peu plus tard quatre nouvelles incisions dans une seconde séance, obtenant par ce procédé et une temporisation permise par l'état de la femme une dilatation complète.

OBSERVATION XX. — *Dystocie par rigidité secondaire du col. Incisions multiples sur l'orifice cervical. Présentation du front. Extraction à l'aide du forceps, dégagement en M I G.* Enfant vivant. — Année 1900, n° 2.

Mme F..., 38 ans, primipare, d'une bonne santé habituelle est au terme d'une grossesse qui s'est passée sans incidents.

Le travail a débuté dans la nuit du 29 au 30 décembre. La poche des eaux en boudin se serait rompue dans l'après-midi du 30, quand la dilatation était comme 2 francs. Les *bords étaient souples* et la tête mobile. Malgré des contractions énergiques dans l'après-midi du 30, la dilatation n'avance pas. Quinine et injections chaudes, frictions sur le fond de l'utérus.

Contractions violentes dans la nuit du 30 au 31.

Le 31, à 9 heures, la dilatation est comme 5 francs, sommet non engagé, amorcé, grande fontanelle au centre de l'excavation. Les contractions s'intensifient. Elle entre à la Maternité à 16 h. 30, température 37°2. On vide la vessie. O I D, dilatation entre 5 francs et complète. *Les bords du col sont épais,* mais souples en dehors des contractions,

surtout *en avant et sur les côtés.* Toute la demi-circonférence postérieure est plus épaisse que l'antérieure. De plus, la dilatation est moins avancée *en arrière* où il existe une languette de 2 1/2 à 3 centimètres qui est le siège d'*une sorte de rigidité anatomique.*

Pendant les contractions l'*anneau cervical* entre en véritable *contracture* et *les bords deviennent très épais sur tout le pourtour.* On constate qu'il s'agit d'une présentation du front, le promontoire n'est pas perçu. M. Schuhl essaie de corriger la déflexion sans y réussir.

A 19 h. 30, il met l'*écarteur Tarnier,* et à 21 h. 30, il constate que la dilatation a un peu avancé. Il fait en arrière et sur les côtés une douzaine d'*incisions* de 2 à 3 millimètres d'étendue, mais pas en avant où le tissu est souple.

Le 1er janvier, à 1 h. 30, quatre nouvelles incisions en arrière et à droite où le col fait bride.

A 3h. 30, dilatation à peu près complète, pourtant il reste encore un petit liseré de col tout crénelé d'incisions en arrière et sur les côtés. Température 37°7, pouls 110.. Battements réguliers, contractions énergiques.

Après trois essais de forceps, on arrive à extraire la tête en M I G T, dégagement du menton sous le pubis. Enfant vivant. Délivrance normale dix minutes après.

Un peu de température du 6e au 9e jour de couches. Sortie le 15 janvier.

Il ne faut pas espérer obtenir de ces incisions courtes (quelques millimètres) et nombreuses un agrandissement immédiat et complet. Dans l'Observation XVIII, M. Schuhl les pratique alors que la dilatation n'est que de 0,50 et la dilatation devient égale aux dimensions d'une pièce de 5 francs ; plus tard, de nouvelles incisions donnent une dilatation égale à une

paume de main ; avec de bonnes contractions, la dilatation s'achève et l'expulsion se fait spontanément. Dans l'Observation XIX, il incise alors que la dilatation était comme 5 francs, l'agrandissement se complète et l'expulsion se fait spontanément. De même, Porak incise quand la dilatation est comme 5 francs, puis quand elle est égale à une paume de main : l'accouchement se termine spontanément.

Pourquoi, dira-t-on, ne pas faire de suite les grandes incisions préconisées par Dührsen ? Parce que dans cette période de dilatation, alors que la tête appuie à peine ou même n'appuie pas sur le col, le cercle d'insertion vaginale n'est pas encore distendu, dilaté, ainsi que le fait remarquer Garipuy (1). Il reste par conséquent peu d'espace sur lequel on peut faire porter les incisions, et comme elles sont exposées à s'agrandir, elles risquent d'atteindre bien vite la limite de l'insertion vaginale ; et pour les faire suffisamment longues, il faudrait se déterminer à faire une véritable césarienne vaginale.

On comprend qu'il n'en est pas de même lorsque l'anneau cervical et le segment inférieur se sont laissés distendre par une tête profondément engagée sous la pression de contractions puissantes, comme dans le cas de descente de la tête coiffée du segment inférieur. En effet, Doumerc a pu faire une incision de 0,04 centimètres, et s'il n'a pas eu à en pratiquer une seconde de même dimension, c'est que la dilatation s'est trouvée tout d'un coup suffisante pour faire une applica-

(1) Garipuy, — Indications des incisions profondes du col de l'utérus pendant l'accouchement. *Toulouse médical*, 15 sept. 1912.

tion de forceps, car se trouvait réalisée la condition requise par Garipuy : à savoir la distension du cercle d'insertion du vagin sur l'utérus aussi bien que la distension de tout le segment vaginal du col distendu, refoulé par la tête.

Dans une autre série de cas, nous voyons l'enfant succomber au cours de ce pénible travail et être retenu tant par l'œdème secondaire du col que par le rétrécissement du bassin comme dans les Observations que nous allons rapporter. La prolongation du travail et la putréfaction intra-utérine ont pu déterminer des médecins à faire des tentatives de forceps sans résultat, de telle sorte que les femmes sont apportées dans les Maternités avec un état général très compromis. L'enfant ayant succombé, il ne reste qu'à diminuer son volume par la réduction du crâne.

OBSERVATION XXI. — *Bourrelet cervical œdémateux. Applications de forceps. Basiotripsie. Déchirures verticales sans gravité.* — Année 1896, n° 224.

M^me^ M..., 43 ans, tripare. Rétrécissement léger du diamètre antéro-postérieur. Elle entre à la Maternité après 24 heures de travail. Tête mobile. Dilatation presque complète, mais *bords œdémateux très épais*. Procidence du cordon privé de battements. O I G A.

On a déjà fait cinq applications de forceps. Il est procédé à une antisepsie soigneuse, puis on tente sans succès une prise de forceps. On décide de terminer par une *basiotripsie*. L'extraction est difficile *à cause de l'œdème du col* et ce n'est qu'en refoulant la lèvre antérieure pendant les tractions qu'on parvient à dégager la tête.

Le col présente à gauche une déchirure que ne dépasse pas l'insertion vaginale. Une autre déchirure à droite, moins prononcée. Suites presque apyrétiques. Sortie le 16e jour.

OBSERVATION XXII. — *Gonflement œdémateux secondaire du cercle cervical. Basiotripsie. Dilacération du col. Mort par septicémie.* — Année 1902, n° 266.

Mme D..., 42 ans, tripare. Rétrécissement du bassin. Diamètre utile, 9 centimètres.

Aucun passé pathologique ; fut réglée à 14 ans ; a eu deux accouchements antérieurs normaux à terme, enfants vivants.

Arrive d'urgence à la Maternité le 29 mai, à 21 h. 30 venant d'une campagne éloignée, en travail depuis deux jours. *Poche des eaux rompue prématurément,* tentatives d'application de forceps par deux médecins après deux jours de travail. Les battements fœtaux ont cessé le 29, matin ; liquide amniotique verdâtre, température 37°4, mais pouls à 140 ; utérus extrêmement dur, petite crépitation au niveau de la zone hypogastrique ; par de battements fœtaux, liquide amniotique fétide.

Au toucher, col incomplètement dilaté (collerette de 1 centimètre en arrière et de 2 à 3 centimètres en avant). En avant, *col œdémateux et dur.* Bosse séro-sanguine qui empêche tout diagnostic de la position. Le toucher manuel indique une O I D T non fléchie ; on tente deux applications obliques sans résultat, le cordon fait procidence, sans battements. C'est pourquoi on décide de faire une *basiotripsie* que l'on fait suivre de la délivrance artificielle. A l'examen des parties molles, on constate que la portion de col *qui était mal effacée, dure et œdémateuse* est dilacérée, *formant un lambeau flottant.* Injection intra-utérine iodée.

Une heure après, grand frisson et température 40°. Antisepsie minutieuse.

Le 1er juin, la lèvre antérieure du col sphacélée est excisée. Tube de drainage dans le vagin.

Malgré tous les moyens employés pour lutter contre la septicémie, deux hémorragies utérines graves se produisent ; un abcès périutérin s'ouvre spontanément dans le vagin. La malade succombe le 21 juin.

Mais le rétrécissement pelvien n'intervient pas toujours comme complication de l'œdème du col. Dans l'Observation de Tulasne, nous voyons s'installer un œdème du col qui met obstacle à la progression de la tête. Celle-ci, poussée par les contractions, descend coiffée de ce segment cervical jusque sur le plancher du bassin. On fait la basiotripsie sur l'enfant mort au cours de ce travail. Dans le cas de Couvelaire, l'utérus passe par une phase de contracture suivie d'une période de contractions irrégulières ; l'état de l'utérus arrête toute progression dans la dilatation, détermine l'épuisement de la parturiente, la rigidité du col et la mort de l'enfant. C'est pourquoi Couvelaire tente la dilatation manuelle qu'il fait suivre de basiotripsie. Les accidents infectieux deviennent de plus en plus graves dans le cas de Maygrier, tandis que le col ne fait sa dilatation qu'avec une lenteur désespérante et permet enfin de faire une basiotripsie.

La situation déjà sérieuse du fait de la lenteur du travail et de complications qui en dérivent se trouve encore aggravée par une intervention qui devient traumatisante pour le col dans les conditions où celui-ci se trouve. Nous lisons, en effet, dans les cinq

Observations rapportées ci-dessus et qui ont servi de base à cette étude, que chaque fois on enregistre des déchirures du col, verticales dans trois cas, transversales dans les deux autres. Dans l'Observation XXII de la Maternité, « la portion du col mal effacée est dilacérée, formant un lambeau flottant qui sphacélé dans la suite sera excisé ». Dans le cas de Maygrier, le col se déchire sur une étendue de 0,06.

Par là, nous voyons la gravité de ces états, puisque nous notons la mort de tous les enfants et le décès de deux de ces pauvres femmes !

Il n'est pas surprenant de voir des accoucheurs devenus partisans de l'*intervention par la voie haute* dans des cas aussi défavorables. Nous voyons Potocki dans un cas de rétrécissement léger du bassin, où le col s'est reformé à la suite de la rupture tempestive des membranes et s'est œdématié, se déterminer à faire l'opération césarienne qui fut d'ailleurs suivie de succès pour la mère et l'enfant, parce qu'il existait une résistance de l'anneau cervical et une rétraction de l'utérus sur le fœtus. Dans un cas de rigidité œdémateuse avec œdème du segment inférieur, Oui fait la césarienne.

Déjà Queirel (1) se montrait un partisan déterminé de l'opération césarienne ; dans une de ses leçons, il rapporte un cas de ce genre et dit à son sujet : dans les cas « qui éveillent l'idée d'une mauvaise adaptation de la partie fœtale et de mauvaises conditions pour favoriser la dilatation, j'opposerai de propos délibéré, après avoir donné un certain temps à l'expectation,

(1) Queirel. — *Leçons de clinique obstétricale*, 1902, p. 107 et suivantes.

pas trop long cependant, puisque nous savons par expérience que non seulement la vie de l'enfant, mais celle de la mère sont en danger ; j'opposerai, dis-je, l'opération césarienne conservatrice, ou celle de Porro dans les cas trop fréquents où l'on craint l'infection ».

Nous savons qu'il y a des cas où l'utérus sorti de sa torpeur semble vouloir se débarrasser à tout prix de son contenu et fait descendre la tête précédée de l'anneau rigide, ce qui l'amène pour ainsi dire à portée de nos doigts ou de nos instruments : dans ces conditions, l'opération est simplifiée.

A part cette catégorie spéciale, tout se passe en général à la partie supérieure de l'excavation sans engagement ou avec faible engagement de la partie fœtale.

Ceci nous amène à résumer nos impressions à la fin de cette étude de la dystocie causée par l'état d'infiltration secondaire du col. Dans les cas relativement favorables, nous avons vu que les incisions multiples, peu profondes, répétées même si l'on a eu la possibilité de temporiser, ont permis à l'accouchement de se terminer, soit par les seules forces de la nature, soit à l'aide d'une application de forceps, avec une terminaison favorable pour la mère et l'enfant.

Mais, quand l'infection s'installe et quand l'enfant succombe, la basiotripsie ne semble pas donner des résultats encourageants d'après les Observations que nous avons réunies. Nous en trouvons d'ailleurs la confirmation dans la thèse de Gaignard (1), où se

(1) Gaignard. — Thèse Paris 1910. Conduite à tenir dans le cas de contracture utérine au cours de l'accouchement.

reflète l'opinion de son Maître Boquel. Il dit lorsqu'il étudie l'embryotomie dans les cas de contracture de l'utérus et du col : « Si la femme est infectée, l'embryotomie aura beau être pratiquée avec toute l'habiletée désirable, avec toutes les précautions nécessaires, le résultat n'en sera pas bon. Certes, l'intervention en elle-même pourra se bien passer, mais la malade n'en mourra pas moins, sinon de l'embryotomie, du moins de l'infection et le résultat sera le même ».

On est donc amené à conclure que l'intervention par la voie haute (césarienne conservatrice ou suivie d'hystérectomie totale ou subtotale suivant les conditions) est la meilleure solution quand on ne peut espérer l'accouchement spontané ou une terminaison opportune par le forceps, dont l'application aura été précédée, s'il le faut, d'incisions multiples.

Etat scléreux du col.

Nous avons eu à examiner, à propos de ce que l'on appelait « rigidité anatomique », ce qui pouvait déterminer une véritable rigidité de la portion cervicale du segment inférieur. Question de fibrome, de carcinome et d'hypertrophie totale du col mise à part, si le col n'a pas la composition histologique normale du col gravidique, c'est, soit qu'il s'est infiltré secondairement (infiltration œdémateuse et œdémato-sanguine), soit qu'il est infiltré d'éléments conjonctifs surabondants qui font de lui un *col scléreux.*

S'il ne nous est pas possible de dire toutes les causes qui peuvent déterminer cette sclérose, nous savons maintenant que la syphilis compte parmi les principales. C'est une spécialité pour la syphilis d'en faire là comme ailleurs, et en apparence très rapidement pendant la gestation quand l'inoculation de l'infection s'est faite sur le col. La preuve directe de cause à effet en a été faite, lorsque Blanc et Doléris, au cours de la gestation, trouvèrent l'accident initial sur le col avec la zone d'induration sous-jacente. D'autres encore ont vu de grosses ulcérations qu'ils qualifient de spécifiques ; il se peut qu'ils soient dans le vrai, mais il ne faudrait pas prendre toute exco-

riation du col pour une manifestation syphilitique parce qu'on la rencontre chez une personne que l'on sait ou l'on croit atteinte d'avarie.

Dans leur zèle pour faire la preuve des relations qui existent entre la syphilis et la dystocie, des écrivains médicaux ont rapporté des cas où on ne voit pas autre chose qu'une simple insuffisance des forces expulsives qui nécessite l'emploi du forceps. Quatre Observations de Putegnat nous font voir une intervention du médecin pour cette simple cause. Pourquoi attribuer à la syphilis, même si elle existe, cette paresse de l'utérus ? On s'ingénie à découvrir une cause nouvelle à une chose banale !

De ce qu'une femme est syphilitique, il ne serait pas légitime d'attribuer à cette affection tout ce qui s'observe chez elle. Une patiente du service de Chiara, dont l'Observation est rapportée par Martinetti a une oblitération de l'orifice externe, « agglutination » que le médecin ne peut forcer avec l'index. Ces agglutinations ne sont pas rares en dehors de la syphilis. Il est possible que chez ce sujet, la déchirure qui s'est produite sur la lèvre antérieure et a permis l'accouchement spontané, ait porté sur une zone de segment inférieur signalée comme offrant une résistance cartilagineuse, et qu'elle soit due à la syphilis, puisque au contraire dans les atrésies nous voyons signaler un amincissement considérable du segment inférieur.

Il est encore admissible que sur un col offrant un léger degré de sclérose s'ajoute, au cours du travail, un peu d'infiltration œdémateuse qui peut disparaître à un moment donné. Il faudrait plus que des « scarifi-

cations », même nombreuses, sur les bords du col pour faire céder la résistance d'un anneau fibreux. Chiarleoni nous fait assister à l'agrandissement d'un orifice après scarifications ; il faut aussi noter que chez cette parturiente les douleurs qui étaient faibles et rares, devinrent fortes et firent franchir l'orifice utérin par la tête fœtale. Cela rappelle jusqu'à un certain point « l'accouchement ennuyeux ».

Une des parturientes de Doléris qui eut un chancre du col pendant la grossesse et fut traitée en conséquence présenta un *col épais et dur,* ce qui ralentit le travail ; mais sous l'influence de bonnes contractions, elle fit sa dilatation complète et expulsa naturellement un enfant de 3.070 grammes.

Le traitement mercuriel fait pendant la gestation semble donc avoir préparé l'assouplissement du col et permis l'accouchement naturel chez les malades de Rudaux (1) et de Doléris qui présentaient l'une et l'autre un col dur et rigide pendant la grossesse. On peut donc admettre qu'il se produit une rétrocession de l'infiltration scléreuse sous l'influence du traitement mercuriel, car nous voyons d'autre part, que des cols trouvés épais et durs pendant la grossesse par Maygrier et Lugeol ont donné lieu à de grandes difficultés pendant l'accouchement.

Après ces préliminaires, nous arrivons au fait de la sclérose : quelle qu'en soit son origine, on trouve un col rigide, épais, dur « à l'instar d'un cercle métallique » (Blanc). Cet anneau résiste à l'action des contractions utérines et à la pression exercée par le

(1) *Soc. Obst. Gyn.* Ped. Paris, 10 oct. 1904. *Ann. de Gyn.* 1904, p. 125.

fœtus, d'où lutte pénible, longue de plusieurs jours (jusqu'à 11 jours dans le cas de Putegnat), qui va jusqu'à l'épuisement des forces. A part les cas auxquels nous avons fait allusion plus haut, tous ceux que nous avons recueillis nous montrent que l'intervention opératoire fut toujours nécessaire ; elle fut parfois trop différée parce qu'on espérait voir l'utérus surmonter l'obstacle ; trop différée parce qu'il faudra malgré tout en arriver à la section et que pendant l'attente, l'ouverture prématurée des membranes ou celle qui se fait au cours du travail, ouvre la porte aux germes putrides qui trouvent un milieu favorable dans le méconium mêlé au liquide amniotique (1).

Fasola eut la bonne fortune de faire passer une tête saisie avec le forceps à travers un orifice rigide dilaté de 0,07, sans recourir à des incisions. Les incisions furent nécessaires dans tous les autres cas qui nous sont connus. Témoin ce cas qui se passa à la Maternité pendant que M. Remy suppléait M. le Professeur Herrgott :

OBSERVATION XXIII [résumée]. — *Induration et infiltration scléreuse du col utérin ; putréfaction du liquide amniotique ; débridements.* — N° 195 du Registre 1889.

La nommée V..., âgée de 26 ans, primipare.

Entre à la Maternité le 31 août 1889, à 21 heures, ayant perdu les eaux depuis deux jours. On constate que le col n'est pas effacé, d'une longueur d'un centimètre 1/2 ;

(1) S. Remy. — De la putréfaction du liquide amniotique mélangé de méconium. *Revue méd. de l'Est*, 1896, p. 165. *Arch. Gyn. et Toc.*, 1896, p. 466.

il est dur, cartilagineux, et on prévoit pour plus tard la nécessité d'un débridement. Pendant la nuit on lui fait plusieurs injections de guimauve. Dos à gauche, tête peu engagée, bruits du cœur à gauche et normaux. Le 1er septembre, j'examine la femme à 7 h. 1/2, le col est effacé, la dilatation égale une pièce de 2 francs, la tête est assez engagée.

Nous notons une épaisseur extraordinaire du segment inférieur formé alors par le col dilaté et évasé, qui atteint l'épaisseur d'un travers de doigt, un bon centimètre et plus surtout en avant et à droite ; en arrière l'épaisseur était un peu moindre, mais l'ensemble de cette partie utérine donnait la sensation d'une région cartilagineuse ; bords de l'orifice durs et tendus. La muqueuse paraît bosselée dans tout le pourtour ; cet état ne pouvait être dû qu'à un état de développement extraordinaire de tissu fibreux. Les contractions étaient fortes, régulières comme intensité et fréquence.

L'enfant va bien ; il y a du méconium dans le liquide qui s'écoule. Nous notons en outre à la partie inférieure de la grande lèvre gauche un chancre syphilitique et au-dessous de la vulve des végétations.

Je prescris 1 gramme de succinate d'ammoniaque dans 140 grammes de véhicule, et la continuation des injections de guimauve.

A 15 heures, les contractions étaient moins fortes, plus espacées, l'état de l'orifice et du segment inférieur n'avait pas changé. Je me décide à faire de petites mouchetures avec ciseau et bistouri sur le pourtour du col ; le résultat fut que la dilatation acquit le diamètre d'une pièce de 5 francs.

A 20 heures, je trouvai la femme dans un état de repos relatif, le travail presque suspendu, on jugea utile de laisser la femme prendre un peu de repos, tout en sur-

veillant son état et celui de l'enfant. et en assurant une antisepsie rigoureuse.

De 22 h. 1/2 à minuit les contractions sont intenses, tellement qu'au toucher la pression de la tête est telle qu'on craint une rupture du col. Nouveau calme de minuit à 4 heures.

A 5 heures, vu l'absence de progrès et vu la durée du travail et la vitalité de l'enfant et d'un commencement de fétidité du liquide amniotique, je me décide à faire de larges débridements. Position en travers. lavage au van Swieten, je place une valve de Sims qui me découvre l'orifice utérin qui laisse voir la tête. Je commence l'incision par le côté droit. le plus épais et le plus large (l'orifice est un peu dévié à gauche), je fais l'incision avec un long bistouri boutonné, et je continue avec les grands ciseaux de Dubois. Je donne à l'incision une longueur de 2 centimètres 1/2 environ. L'hémorragie est modérée.

Seconde incision un peu moins prolongée du côté gauche, peu saignante également, irrigations antiseptiques fréquentes. Je procède à une troisième incision directement en avant, l'épaisseur est presque de 1 centimètre 1/2, longueur 1 centimètre 1/2. Il y a encore un segment épais qui résiste à droite et en avant, je fais encore une quatrième incision entre l'antérieure et celle de droite.

La dilatation atteint les dimensions de la paume de la main. A ce moment on sentait les deux fontanelles ; je ne jugeai pas prudent d'inciser sur la lèvre postérieure, qui d'ailleurs se retirait bien en arrière. Nous abandonnons le travail à la nature.

A 11 h. 1/2, les contractions sont ralenties. l'enfant vit toujours, le liquide amniotique est plus fétide, température 38°8, pouls 104.

Etat général bon cependant. Pour favoriser la dilatation, je plaçai à droite et à gauche les deux branches du dilata-

teur de Tarnier ; la présence de l'instrument réveille les contractions qui deviennent presque continues ; l'instrument reste jusqu'à 14 h. 1/2, pendant ce temps-là la tête s'était fléchie, la petite fontanelle était abaissée. La lèvre gauche et la postérieure sont effacées, seulement à droite le col résiste encore.

A 19 heures le col est presque effacé, les bruits du cœur après avoir été tumultueux reprennent normalement.

A 20 h. 1/4, col disparu, j'interviens avec le forceps Tarnier (petit modèle). L'application commencée par la branche gauche est facile, mais s'accompagne d'un écoulement de sang. Je tire bien doucement redoutant l'agrandissement des incisions et leur prolongement sur le corps de l'utérus. L'extraction est cependant facile et simple ; dégagement assez lent à travers la vulve (légère déchirure). On tire sur la tête et l'enfant vient sans peine. Immédiatement il respire et crie bien, 3.070 grammes, fille, mais il est couvert d'un méconium fétide. Il est suivi d'un écoulement de méconium fétide. La délivrance se faisant un peu attendre et le col, malgré ses incisions qui l'ont transformé en une série de bourrelets, se resserrant, on juge utile de faire la délivrance artificielle en décollant le placenta qui était adhérent dans toute sa surface. Grande irrigation chaude (naphtol).

Au milieu de ces manœuvres, on trouve que c'est l'incision droite qui s'est le plus prolongée, sans atteindre de limites dangereuses.

Malgré tous nos soins la mère ne put résister à l'infection et mourut d'accidents puerpéraux. L'enfant survécut.

Ces cols présentent une consistance quasi-cartilagineuse. Chiara voit les ciseaux glisser sur les tissus indurés ; le tissu « crie » sous le bistouri (Doléris), *grince* sous l'instrument (Fasola).

Après de premières incisions, on en ajoutait d'autres au cours de l'extraction de la tête avec le forceps. Une chose nous frappe dans les Observations de Martinelli, Fasola, Velponer, Mesnard, Lugeol, c'est que certains opérateurs ont fait pénétrer leur forceps dans des orifices bien incomplètement dilatés, ont fait des incisions supplémentaires pour parvenir à dégager la tête. Les incisions, si elles se sont agrandies, n'ont pas dépassé l'insertion vaginale. Sur 6 enfants, 5 étaient vivants.

Avec une autre série de cas qui nécessiteront également les incisions et le forceps (Blanc, Fasola, Putegnat), nous trouvons un phénomène déjà signalé dans l'infiltration secondaire du col, à savoir l'engagement profond de la tête sous l'action de l'effort de l'utérus qui lutte contre cet anneau, ce « cercle métallique » que refoule la tête.

Quand l'enfant meurt en cours d'accouchement, les opérateurs réduisent son volume pour lui faire franchir l'orifice rigide (Maygrier), après incision (Doléris). D'autre part, dans le service de Chiara, on attendit trop dans le cas signalé par Fasola, puis on donna la préférence aux incisions sur l'opération césarienne (c'était en 1885) dans un cas de présentation de l'épaule qui nécessita l'embryotomie et la version pour pouvoir extraire l'enfant ; la mère succomba.

Cette induration scléreuse rendrait-elle moins friables les tissus que dans le cas d'infiltration secondaire ? La chose est vraisemblable. Si elle semble réclamer un nombre plus considérable d'incisions, ces dernières ne paraissent pas s'étendre beaucoup

même si elles sont longues de 0,02-0,03 ; et comme on a l'impression qu'il est dangereux de temporiser au-delà d'une certaine limite en raison de l'infection amniotique, le médecin ne doit pas hésiter à recourir délibérément aux incisions quand il a acquis la conviction que l'utérus lutte en vain contre ces cols indurés.

L'indication de l'opération par la voie abdominale pourrait même se poser si le médecin jugeait que l'accouchement ne peut se faire par les voies naturelles sans faire courir de grands dangers à la mère et à l'enfant.

Etat cicatriciel du col.

Avec nos connaissances actuelles, nous ne pouvons plus admettre l'oblitération des orifices et du canal cervical que comme une conséquence d'un travail cicatriciel. Ce travail de cicatrisation sera plus ou moins étendu selon la cause qui l'aura déterminé. Dans nombre de cas, le processus cicatriciel est superficiel et ne détermine que la réunion des éléments de la muqueuse cervicale ; à un degré plus avancé, les éléments conjonctifs sont réunis d'une lèvre à l'autre par du tissu inodulaire. Il en résulte que ce tissu peut se laisser facilement forcer, soit par la partie fœtale, soit par le doigt de l'accoucheur qui a reconnu l'occlusion.

Plus importantes seront les formations cicatricielles plus étendues, parce qu'elles peuvent porter en même temps sur les parois vaginales ; elles résultent généralement de traumatismes graves subis par le col dans des accouchements antérieurs laborieux, avec ou sans intervention opératoire.

L'analyse des Observations nous montre que, cliniquement, on observe des *oblitérations complètes et sans relief marqué de tissu cicatriciel :* c'est tantôt ce que l'on désigne à la suite de Naegelé sous le nom d'*agglutination,* tantôt c'est *l'oblitération complète*

telle que Depaul (1) l'a exposée dans son Mémoire. L'emplacement de l'occlusion est parfois à peine marqué.

Dans d'autres cas, ce n'est plus l'occlusion complète ; il y a un pertuis plus ou moins difficile à trouver. Un tissu inodulaire plus ou moins marqué encercle ce qui reste de l'orifice externe ; c'est évidemment un travail cicatriciel qui est la conséquence d'attrition avec plaies au niveau de l'orifice externe du col. Ce qui se passe à l'orifice externe peut également se produire *exclusivement à l'orifice interne.*

Enfin, dans une autre série de cas, le tissu cicatriciel envahit le col et les parties voisines vaginales, donnant de *grandes brides cicatricielles* qui englobent le col et la partie supérieure du vagin.

Suivant l'importance du processus cicatriciel qui a déterminé la soudure, il y aura des cas relativement simples où le tissu de néoformation se laissera rompre facilement par le doigt, d'autres de moyenne importance qui ne réclameront qu'une légère intervention sanglante, d'autres enfin qui pourront nécessiter des interventions chirurgicales. On comprend toute l'utilité d'un diagnostic précoce de la cause de l'obstacle et de la localisation de ce qui représente l'orifice utérin, pour éviter à la parturiente bien des heures de souffrance et bien des dangers.

a) *Occlusion de l'orifice externe.*

Nous avons dit que nous rejetions l'hypothèse admise autrefois de l'accollement des lèvres du col

(1) Depaul, — *Mon. Sciences méd.*, 1860, nos 64 et 67.

par des musocités épaisses (Mme Lachapelle-Naegelé) ; il n'en est pas moins vrai qu'il est des cas où une cause de minime importance empêche l'ouverture de l'orifice. Hubert dit qu'il a vu des primipares chez lesquelles le col utérin déjà aminci tardait à se dilater parce que le pourtour de l'orifice était *comme limité par un fil.* Il lui suffisait d'introduire l'index dans l'orifice et de le tendre circulairement pour voir la dilatation s'effectuer rapidement. Voici un cas du même genre observé à la Maternité :

OBSERVATION XXIV

Chez une femme dont le travail n'avançait pas, l'orifice externe restait fermé présentant comme un fil qui résistait. M. Remy, chef de clinique, le força avec le doigt ; l'orifice s'agrandit et la dilatation présenta le diamètre d'une pièce de 5 francs.

De très légères adhérences déterminent de ces apparentes agglutinations qui cèdent aussitôt que l'index exerce une pression. Le cas suivant en est un exemple :

OBSERVATION XXV. — Année 1909, n° 693.

V..., 38 ans, quintipare, entre à la Maternité le 2 octobre à 20 heures ; début des douleurs à 15 heures. Pas de dilatation, les lèvres du col étant « agglutinées ». On fait la dilatation avec le doigt : le travail marche dès lors régulièrement et se termine en 12 heures ; expulsion normale.

Plus marqué certainement est l'accollement cicatriciel qui donne le genre d'oblitération décrit par Depaul.

L'accouchement est cette fois nettement entravé ; l'utérus lutte contre un obstacle bien peu apparent puisqu'il faut le chercher avec beaucoup de soin pour ne pas tomber dans les erreurs de diagnostic qui ont été commises et qui ont servi à l'instruction de tous. C'est ainsi qu'un médecin qui fit appeler Charpentier avait pu confondre le segment inférieur distendu à l'extrême avec une poche des eaux volumineuse ; dans un autre cas du même genre, Rudaux fut appelé par un confrère « parce que la dilatation était complète, la poche des eaux considérable et saillante dans le vagin ». Dans les deux cas, il s'agissait une fois d'occlusion complète, l'autre fois d'occlusion avec persistance d'un petit pertuis. L'autre genre d'erreur fut commis par Depaul lui-même qui avait pris la partie saillante d'une dilatation sacciforme pour un segment inférieur imperforé.

Ceci nous montre qu'avant d'admettre un diagnostic positif d'imperforation, le médecin doit avoir pris toutes les garanties nécessaires. Il nous faut maintenant rechercher sous quel aspect peut se présenter ce qui constitue le vestige de ce col dilaté et effacé.

Il reste parfois bien peu de chose ; mais cependant après un examen bien complet avec le doigt et l'examen direct au speculum, on trouve un *point un peu déprimé* (Jardine), un *petit creux* (Steyer et Kahrs), une *petite membrane cornée* (Steyer), une *dépression en forme de haricot* (Hellmùth), une *légère saillie transversale* (Depaul), un *point cicatriciel* (Chambaud) et parfois un *simple endroit un peu déprimé* (Depaul). En résumé, si la recherche est difficile, on aboutit en

général à la découverte de quelque particularité qui indique au médecin l'endroit sur lequel il faut faire porter son intervention.

Dans une de ses leçons cliniques, nous avons entendu M. Herrgott dire que dans un cas de ce genre, avant de recourir aux incisions, il voulut voir ce que pourrait faire la nature. Il eut la satisfaction de constater que le point affaibli éclata sous la pression de la tête ; il se fit une ouverture étoilée qui s'agrandit et permit à l'accouchement de se terminer spontanément.

Il suffit à Charpentier de *presser avec le doigt* pour faire céder l'oblitération, la dilatation passe à 5 francs ; Eustache et Steyer *grattent avec l'ongle* l'endroit reconnu. Le plus souvent on doit recourir à l'*incision,* tantôt incision simple (Jardine), tantôt incision suivie de dilatation avec le doigt (Chambaud, Godefroy, Steyer). Après la première incision qui conduit jusqu'aux membranes, on dut le plus souvent agrandir par d'autres incisions au bistouri ou avec des ciseaux pour permettre l'achèvement de la dilatation.

L'opération paraît relativement facile en raison des conditions d'engagement de la tête fœtale poussée violemment dans le segment inférieur ; aussi voit-on la dilatation se faire rapidement après les incisions. L'accouchement se termine spontanément (Eustache, Steyer, Chambaud) ou bien s'achève par le forceps pour soulager la mère, ou dégager un enfant qui souffre. Rudaux profite de la dilatation qui s'est produite pour introduire la main et faire la version dans une présentation de l'épaule.

b) *Sténose de l'orifice externe.*

Les mêmes phénomènes se sont produits pendant le travail, on constate la disparition du col sur ce segment inférieur distendu ; néanmoins, une petite saillie, un bourrelet sont les vestiges des lèvres du col. On a pu constater par exception au cours du travail, un écoulement de liquide ou de sang (Rudaux) ; en cherchant bien, les voies étant ouvertes par un spéculum ou des valves, on finit par trouver un petit pertuis qui laisse passer soit un stylet (Dumouly), soit une sonde (Boyer, Cachrane).

Lorsque le tissu cicatriciel qui détermine cette sténose de l'orifice est si discrètement installé dans ce pourtour de l'orifice qu'il n'est pour ainsi dire apparent ni au doigt, ni à la vue, on peut espérer une terminaison relativement facile : Rouvier, Rudaux parviennent l'un et l'autre avec le doigt, Cachrane avec un, puis plusieurs doigts à forcer la sténose, à ouvrir l'orifice qui s'agrandit à la suite de cette simple intervention au point de permettre un accouchement naturel (Rouvier) ou l'entreprise d'une version (Rudaux).

Il est heureux quand cette manœuvre aussi simple peut suffire ; cependant les Observations signalent que Boyer, après dilatation de l'orifice avec une sonde, puis le doigt, complète par des incisions de 0,01 ; que Dumouly fit 5 à 6 incisions en divers sens ; que Pujol fit, en avant d'une cicatrice résultant de cautérisations ignées, un nouvel orifice tout petit qui s'agrandit et permit une expulsion naturelle.

Tous ces cas d'oblitération ou de sténose se sont développés, soit sans cause nettement connue, soit à la suite de cautérisations diverses pratiquées dans un but thérapeutique, soit comme conséquence de manœuvres criminelles (injections de caustiques, dans le cas de Caffe injections répétées d'une solution de cendres de foyer).

Les interventions de chirurgie gynécologique faites avant la gestation (en particulier les amputations du col), ne semblent pas avoir causé de difficultés sérieuses, si nous en jugeons par l'Observation de Balard d'Herlinville qui constata seulement une période de dilatation plus longue que normalement et la terminaison de l'accouchement par le forceps ; il en est de même dans l'Observation de Champetier de Ribes qui relate l'emploi d'injections chaudes, de l'écarteur de Tarnier, pour obtenir la dilatation d'un orifice externe résistant.

c) *Etat cicatriciel de la portion vaginale du col et souvent du vagin.*

Le troisième groupe comprend les cas dans lesquels le tissu inodulaire a envahi largement la portion cervicale et atteint également les parties supérieures du vagin. Il y a bien des degrés dans l'étendue du processus cicatriciel, allant des cas simples aux cas les plus compliqués. Ces cicatrices sont presque toujours la conséquence de traumatismes lors d'accouchements antérieurs laborieux.

Dans l'Observation suivante de la Maternité, nous

voyons un orifice externe d'un utérus privé de portion vaginale du col, bridé de plis cicatriciels radiés se prêter à une dilatation sous l'action des seules forces naturelles.

OBSERVATION XXVI. — *Atrésie cicatricielle de l'orifice. Accouchement naturel.* — Année 1909, n° 340.

L..., 36 ans, deuxième grossesse.

On a noté à la consultation du 6 février : bride vaginale droite. Le moignon du col n'existe plus. Même état constaté le 1er mai.

Elle entre à la Maternité le 10 mai, les douleurs ayant débuté dans la journée. Au speculum, on voit un *orifice très petit bordé de plis cicatriciels radiés* dans lequel on fait pénétrer facilement une sonde en gomme.

Le 10 au soir pas de modifications du côté du col, après quoi la dilatation se fit rapidement en 1 h. 15 suivie d'une expulsion normale.

Il suffit parfois de débrider l'orifice sur le tissu cicatriciel (Obs. de Dietrich), de sectionner une grosse bride qui enserre le museau de tanche (Obs. de Dietrich) pour voir l'orifice libéré accomplir sa dilatation. Plus compliqué est le cas suivant : nous voyons M. le Professeur Herrgott dilater par la méthode de Bonnaire le tissu cicatriciel du vagin, inciser le tissu cicatriciel du col, faire de la dilatation avec un ballon de Champetier, obtenir la dilatation définitive de l'orifice par la section d'une dernière bride et terminer l'accouchement par un forceps.

OBSERVATION XXVII. — *Atrésie cicatricielle du col et brides vaginales. Dilatation et incisions. Forceps.* — Année 1898, n° 527.

M. B..., âgée de 27 ans, secondipare.

Menstruation irrégulière depuis 12 ans. Première grossesse terminée par un accouchement très laborieux (enfant volumineux, mort), post partum normal.

Entrée à la Maternité le 15 octobre, étant en travail depuis la nuit précédente, envoyée des environs pour *brides vaginales* qui ont paru au médecin devoir faire obstacle à l'accouchement.

Utérus de 8 mois 1/2 environ ; tête mobile en position gauche. Le doigt est arrêté par des brides que l'on arrive à dilater avec bien du mal par la méthode de Bonnaire. Le *col* paraît *effacé* et *l'orifice externe* est représenté par *une dépression correspondant à un orifice sténosé*. M. le Professeur Herrgott conseille de continuer la dilatation vaginale par le procédé de Bonnaire en attendant la dilatation de l'orifice du col. Le pourtour en est rigide, la lèvre antérieure mince et la lèvre postérieure plus épaisse parce qu'elle est doublée par une bride vaginale. Le col résiste énergiquement aux essais de dilatation, la *poche des eaux est intacte,* et la tête en O I G T. On arrive à placer un petit ballon de Champetier. Antisepsie sévère par injections vaginales répétées.

18 octobre. — Dilatation vaginale satisfaisante, mais la dilatation du col n'a pas bougé malgré des contractions très énergiques et le ballon.

M. Herrgott décide de faire deux petites incisions. Immédiatement la dilatation passe à 2 francs. Une troisième petite incision est faite en avant sur un point du col où se perçoit une bride et augmente la dilatation. Poche des eaux toujours intacte, mais la tête fuit vers la fosse iliaque

gauche. Aucun progrès malgré des contractions très énergiques.

Dans la soirée, introduction d'un ballon contenant 200 centimètres cubes.

19 octobre. — Même état pendant toute la journée ; *rupture de la poche des eaux* à 18 heures ; on retire le ballon et on déchire largement les membranes après avoir bien fixé la tête. Battements normaux.

20 octobre. — Dilatation à 5 francs, volumineuse bosse séro- sanguine. A 18 heures, dilatation entre 5 francs et une paume de main.

Contractions très énergiques pendant la nuit. On achève la dilatation vaginale en sectionnant une dernière bride haut située le matin du 21 octobre, car la dilatation étant complète, le seul obstacle à la progression de la tête résidait en cette bride.

L'état de la femme fait décider une application de forceps en prise oblique. On extrait un enfant de 2.760 grammes en état de mort apparente qui ne crie que 10 minutes après.

Pas de déchirure utérine. Les déchirures du col n'ont pas dépassé les insertions vaginales.

Suites fébriles. Névrite sciatique d'origine infectieuse. Elimination de débris vaginaux sphacélés.

L'enfant est sauvé, la mère guérit, mais après des complications graves.

Nous voyons succomber les enfants dans les cas de Gasiglia et Ciando, de Schenk, de Pucher, de Barsony : les opérateurs réduisent la tête et extraient le fœtus à travers l'orifice agrandi par des incisions. Les femmes guérissent.

Les Observations de Fraisse, Wallich, Hartmann,

signalent la rupture spontanée de l'utérus ; dans une Observation de Pinard et une de Sauvage, l'utérus se rompt à l'occasion d'extraction de l'enfant par la voie vaginale.

Il n'est pas surprenant, dès lors, que les accoucheurs de notre époque manifestent de plus en plus leur préférence pour la délivrance de la femme par la voie haute. Car aux difficultés provenant des cicatrices s'ajoutent souvent celles que détermine un rétrécissement du pelvis.

OBSERVATION XXVIII [résumée]. — *Dystocie cervicale cicatricielle. Opération césarienne. Hystérectomie* (Communiquée à la Société Obstétricale de Nancy par M. le Docteur Job, séance du 21 mai 1919). — Année 1919, n° 64 bis.

X..., 39 ans, 9e grossesse.

Bassin rétréci D U = 9,5. Le premier accouchement a duré 53 heures ; les 2e, 4e et 5e accouchements ont été terminés par une application de forceps. Le 3e accouchement ne s'est terminé spontanément que parce que l'enfant était de faible poids. Présentation du siège au 6e accouchement, enfant mort. Le 8e s'est terminé par une basiotripsie. La compression exercée par la partie fœtale lors du dernier accouchement a entraîné le sphacèle des tissus ; les suites de couches ont été très graves, la malade ayant présenté des phénomènes infectieux au moment de l'élimination des débris mortifiés.

Cette femme devient à nouveau enceinte. D. R. du 25 au 29 mai. Terme probable : vers le 5 mars. Le Docteur Job, qui l'avait assistée au cours des derniers accouchements lui recommande de se présenter à la Maternité pour que

l'on puisse provoquer l'accouchement dans le courant du 8e mois. *Le col est petit, cicatriciel.*

Les membranes se rompent prématurément le 1er février; les premières douleurs n'apparaissent que dans la soirée du 3 février. La malade ne se présente à la Maternité que dans la journée du 4 ; malgré les contractions, *le col reste punctiforme, les bords de l'orifice paraissent légèrement ligneux.* Température 39° dans la soirée. Contractions violentes accompagnées de vomissements et pourtant *la dilatation ne fait aucun progrès ;* le col est toujours très difficilement perceptible et *présente une éminence indurée. Le toucher profond ramène un liquide d'odeur extrêmement fétide.* Les battements fœtaux sont sourds et irréguliers (5 février, au matin).

En raison de l'épuisement de la mère, de l'infection du liquide amniotique et de l'état de souffrance du fœtus, M. le Professeur Herrgott décide d'intervenir par l'opération césarienne suivie de l'hystérectomie. La malade est transportée dans le service de M. le Professeur Vautrin.

L'opération césarienne permet l'extraction rapide d'un enfant du poids de 2.800 grammes que l'on ne peut ranimer ; pourtant les battements avaient encore été perçus très sourds et très irréguliers immédiatement avant l'intervention. *Hystérectomie totale avec marsupialisation.*

Suites opératoires fébriles ; la malade parvient enfin à triompher de l'infection et entre en convalescence dans le courant du mois de mars.

Nous avons tenu à rapporter dans le détail cette Observation si caractéristique, car elle constitue en quelque sorte l'histoire d'une rigidité cicatricielle. Nous assistons, en effet, à la formation de ce qui constituera plus tard un obstacle redoutable à la progres-

sion fœtale ; les traumatismes répétés subis par le col, les déchirures étendues qui accompagnèrent les accouchements antérieurs ne pouvaient se réparer que par du tissu cicatriciel d'autant plus abondant que les dégâts avaient été plus considérables. Et malgré les conseils qui lui avaient été donnés, avec une insouciance inconcevable après tant de dangers courus lors des précédents accouchements, cette malheureuse femme n'est apportée à la Maternité qu'au moment où elle est totalement épuisée et profondément infectée. L'impossibilité absolue pour l'utérus d'expulser l'enfant, la putréfaction intra-utérine, l'apparition de symptômes traduisant la généralisation de l'infection, enfin, les manifestations de la souffrance fœtale imposaient l'indication formelle d'intervenir au plus tôt. Mais à quel genre d'intervention fallait-il s'adresser ?

On ne pouvait espérer obtenir par la méthode des incisions l'agrandissement nécessaire. Aurait-on pu d'ailleurs, avec la petitesse du col, leur donner la longueur nécessaire pour les rendre suffisantes ? Ne risquait-on pas de tailler un peu au hasard dans ce magma cicatriciel ? Et si les incisions s'agrandissaient, n'avait-on pas à redouter la mise en communication de ce foyer d'infection avec la cavité abdominale ? Enfin, et surtout, les difficultés qui ne manqueraient pas de surgir par suite de l'angustie pelvienne au moment de l'extraction fœtale n'exposaient-elles pas à la mort certaine un enfant déjà compromis ?

C'est pour toutes ces raisons que M. le Professeur Herrgott s'est arrêté immédiatement à la décision d'intervenir par la voie haute, la seule qui permit

d'extraire rapidement l'enfant, de le faire échapper aux dangers de la période d'expulsion et de tarir la source de l'infection en faisant suivre l'opération césarienne de l'hystérectomie totale ou subtotale. Une intervention plus précoce eut permis à coup sûr de sauver l'enfant, mais ce fut pour MM. les Professeurs Herrgott et Vautrin, une légitime satisfaction, étant donné les conditions défavorables dans lesquelles l'opération fut pratiquée, d'avoir pu conserver la vie à cette mère de famille.

Il importe donc, pour obtenir les meilleurs résultats de l'opération césarienne, de savoir apprécier très exactement le degré de dystocie créé par ces sténoses et d'opérer résolûment par la voie abdominale, toutes les fois qu'on a la ferme conviction que l'accouchement sera impossible par la voie basse à cause des dangers courus par la mère et l'enfant.

Les faits sont là pour nous montrer que la temporisation ne peut être que néfaste dans ces dystocies graves, et il n'est plus un accoucheur qui voudrait encourir la responsabilité d'avoir privé une parturiente, qui ne pouvait être délivrée, des bienfaits de l'opération césarienne.

L'idéal serait évidemment de toujours la pratiquer de propos délibéré ; c'est dans ces cas, en effet, qu'elle donne ses plus beaux succès. On y tend de jour en jour grâce à l'examen systématique des enceintes qui permet de dépister les cas qui en sont justiciables et de prendre la détermination en temps opportun ; les admirables résultats de la chirurgie contemporaine achèveraient de convaincre les derniers récalcitrants,

s'il en existait encore. Les Observations que nous rapportons à la partie documentaire, nous en fourniront la preuve (cas de Plesse, Boquel, Veron, Gaignard). Quand on est appelé seulement au moment où l'infection amniotique est installée, il ne reste plus qu'à faire succéder à la césarienne l'opération de Porra pour sauver la mère.

d) *Résistance de l'orifice interne.*

Tout ce qui a été dit jusqu'ici se rapportait à des résistances qui se localisaient à l'orifice externe et à l'anneau cervical qui entoure l'orifice externe. Le col s'est effacé, étalé et fait partie du segment inférieur.

Avec cette Observation de M. le Professeur J. Herrgott, nous voyons la résistance reportée plus haut, c'est-à-dire vers *l'orifice interne*. Le tableau clinique change d'aspect. La femme commence son accouchement, les douleurs suivent leur marche ascendante, deviennent de plus en plus énergiques, d'une telle violence même qu'elles amènent la syncope (Petitfour), et pourtant, le col ne s'efface pas, restant aussi long que pendant la grossesse. Le médecin est enfin appelé ; s'il parvient à introduire l'index dans le canal cervical, le doigt bute contre l'orifice interne où il se trouve arrêté par une corde résistante (Herrgott), un anneau dur, presque tranchant (Le Lorier).

OBSERVATION XXIX. — *Résistance de l'orifice interne.* — Année 1882, n° 60 (Maternité).

B...., primipare, âgée de 20 ans entre à la Maternité le 24 avril 1882. D. R. le 22 juillet 1881. Constitution délicate.

A son arrivée à la Maternité, le 24 avril, à 10 heures du matin, elle est en travail, dit-on, depuis le 22. Les douleurs étant très vives, et comme rien n'avançait, on alla quérir M. le Docteur Spillmann qui constata que le col était toujours d'une longueur normale. Emollients, éponge préparée introduite dans le col et presque aussitôt expulsée. Le 24, M. le Professeur Herrgott père, constate une présentation crânienne, variété O I D P. Au toucher, le col a toujours environ 1 centimètre 5 ; il est élevé, dirigé en arrière, amolli.

Ayant appliqué le speculum plein d'abord, puis le speculum de Ricord, M. le Professeur Herrgott cherche à se rendre compte avec une sonde, de la perméabilité du col ; celle-ci après quelques tâtonnements s'engage dans l'orifice. Se servant alors de la sonde comme conducteur, il essaie avec le doigt, auquel il communique des mouvements de vrille, de pénétrer dans la matrice, mais *à l'orifice interne, il est arrêté par une véritable corde résistante,* qui ne lui permet pas d'avancer, car elle oppose une résistance considérable.

Il se décide alors à recourir au lithotome de Dupuytren, l'introduit en se servant de la sonde comme guide, mais le résultat est négatif, l'instrument glissant et coupant mal.

M. Herrgott eut alors recours au bistouri mousse à long manche qu'il introduisit sur le doigt comme indicateur et pratiqua quatre incisions, dont deux latérales et deux obliquement postérieures. Immédiatement léger écoulement sanguin.

Le 25 avril, température 36°5, elle accouche spontanément, à 4 h. 1/2 du matin d'un garçon pesant 1.330 grammes, mort. Pas d'hémorragie consécutive. Placenta complètement blanc, ressemblant à du lard cuit.

M. Spillmann a donné ce renseignement, que le père

de l'enfant était syphilitique, mais que la mère ne présentait pas trace de vérole.

Suites de couches apyrétiques.

Tisserant. — (Thèse de Nancy, 1882. *De la non dilatabilité du col comme cause de dystocie*).

Par le fait qu'elle s'oppose à l'effacement, la rigidité de l'orifice interne a pour conséquence *la persistance du col.* Parfois, ce n'est qu'en raison de la prolongation anormale de la durée du travail qu'on est amené à constater cette anomalie ; d'autres fois, c'est *au cours de la grossesse,* alors que l'on cherche à provoquer l'accouchement prématuré pour vomissements incoercibles (cas de Depaul) ou bassin rétréci (cas de Delmas), que l'on constate l'impossibilité de faire franchir à la sonde l'orifice interne.

La cause de cette occlusion peut être rapportée, soit à un travail cicatriciel qui est apparu à la suite d'accouchement laborieux (Delmas), de cautérisations répétées comme dans les cas de Depaul et de Pinard, soit à une infiltration œdémateuse limitée à l'orifice interne comme dans l'Observation de Le Lorier, soit à un processus scléreux, probablement d'origine syphilitique (cas de J. Herrgott et de Rudaux).

L'examen des Observations nous a montré qu'on ne pouvait espérer une terminaison spontanée de l'accouchement. Comme nous l'avons vu précédemment, la femme ne peut être délivrée qu'à la suite d'une intervention. Ce seront des *incisions* dans les cas de J. Herrgott et de Petitfour. Depaul et Delmas firent l'un et l'autre une *hystérotomie vaginale* suivie de succès pour la mère et pour l'enfant.

Mais dans les cas où la dilatation manuelle est impossible parce qu'elle risquerait d'entraîner des déchirures, dans ceux où l'on ne peut attendre à la suite des incisions une dilatation suffisante, dans ceux enfin où il existe de la putréfaction utérine, l'intervention par *la voie haute* s'impose, car lorsqu'elle est pratiquée dans de bonnes conditions, elle donne le maximum de garanties en permettant non seulement l'extraction rapide de l'enfant, mais encore l'ablation de l'organe dans les cas d'infection. C'est ce que nous montrent d'une façon péremptoire, les Observations de Rudaux, de Le Lorier et de Pinard.

Mentionnons enfin que c'est dans ces cas de résistance du col que l'on a observé les cas de *grossesse prolongée au-delà du terme.*

APPENDICE

Nous avons trouvé dans les Archives de la Maternité deux Observations d'une disposition spéciale qui se présente exceptionnellement du côté du corps utérin sous la forme d'une *cloison transversale incomplète*, fait sur lequel M. Budin a attiré l'attention dans un travail qui fut suivi de celui de M^me^ Henry et de celui de Blanc, lequel parle de neuf à dix Observations publiées.

Il est vraisemblable que ces replis sont d'origine congénitale, comme le sont les cloisonnements vaginaux et ceux que Blanc a rencontrés au-dessus de l'orifice interne sur le segment inférieur de l'utérus.

Ceci n'empêcherait pas certains cloisonnements d'être d'origine cicatricielle. Nous voyons en effet, dans un cas de Blanc, une membrane de 0,01 d'épaisseur constatée pendant une seconde grossesse chez une femme rachitique dont le diamètre utile n'était que de 6,5 et qui avait eu un premier accouchement laborieux. On admettrait difficilement qu'un simple cloisonnement congénital ait pu résister à un accouchement dystocique, alors que Fochier l'incise avec

les ciseaux de Blot sans le rechercher au cours d'une craniotomie sur enfant mort.

Qu'il soit d'origine congénitale, hemi-circulaire ou circulaire (cas de Breisky), ou qu'il soit d'origine traumatique, donc cicatricielle, quelle influence va-t-il exercer sur la marche de l'accouchement ?

Voici ce que répondent les cas que nous avons réunis : Le repli peut disparaître au moment de l'accouchement, alors qu'on l'a observé à la fin de la grossesse, témoin ce cas de la Maternité :

OBSERVATION XXX. — *Diaphragme qui s'efface au cours du travail.* — Année 1896, n° 285.

N..., primipare, 20 ans, entre en observation quelques jours avant son terme. Le col a toute sa longueur et en introduisant l'index dans l'orifice cervical, on sent un diaphragme assez épais, situé à 0,01-0,015 de l'orifice externe.

Le 1er septembre, douleurs dans le bas-ventre, col presque complètement effacé, *on ne sent plus le bourrelet du diaphragme.*

Le 3 septembre, rupture de la poche des eaux ; la dilatation se fait bien jusqu'à 5 francs, rapidement même, mais ne passe à la dilatation complète qu'après refoulement de la lèvre antérieure.

L'accouchement se fait sans incidents dans l'Observation de Budin.

La cloison se laisse refouler, comme rabattre par la poche membraneuse et la tête dans un autre cas de Budin.

Elle se laisse rompre par les progrès de la dilatation, comme dans cette Observation de la Maternité :

OBSERVATION XXXI. — *Diaphragme intra-cervical qui se rompt sous la pression de la tête.* — Année 1896, n° 117.

M. V..., 37 ans, primipare, présente des traces de suppuration osseuse sur le tibia.

Entre à la salle de travail, le 8 avril à 7 h. 30, ressentant les premières douleurs ; O I D P.

Col effacé, dilatation comme 20 centimes. Le col présente autour de l'orifice deux zones circulaires : une première mince, avoisinant l'orifice ; une seconde plus épaisse, externe. A l'union des deux, encoche plus marquée à gauche qu'à droite ; M. Schuhl pense à l'existence d'une sorte de diaphragme placé au bas du canal cervical et refoulé par la poche des eaux à chaque contraction ; constituant un orifice supplémentaire, le véritable orifice étant constitué par l'orifice externe, épais.

A 11 heures, dilatation comme 2 francs, le diaphragme persiste.

A 12 heures, dilatation entre 2 et 5 francs, le diaphragme se rompt à gauche, il s'écoule du sang.

A 13 heures, dilatation presque complète, battements normaux.

A 13 h. 1/2, elle est complète, forceps pour cause de souffrance de l'enfant.

Placenta albuminurique. Hémorragie à la délivrance. Le toucher montre que le col présente des parties épaisses et des minces sur tout son pourtour, aucune partie flottante.

Il fallut forcer le repli avec l'index dans l'Observation communiquée par M. le Professeur agrégé Remy :

OBSERVATION XXXII. — *Le doigt force la bride cicatricielle.*

Le 8 avril 1885, à 21 heures, je fus appelé par un médecin auprès d'une parturiente auprès de laquelle il avait été mandé à 19 heures. Le travail ne faisait pas de progrès en raison d'une résistance existant au niveau du col. Je trouvai à 1 centimètre de l'orifice externe une bride (qui paraissait cicatricielle) dans le canal cervical. L'orifice a les dimensions d'une pièce de 5 francs. Je forçai le col avec deux doigts, le travail se fit et se termina naturellement à 2 heures du matin, enfant vivant.

Le repli semi-lunaire observé par Bidder semble avoir été la cause de l'arrêt de la dilatation, après quoi la fièvre et des frissons firent leur apparition chez la parturiente. Bidder fit deux incisions sur le repli et le rebord cervical et son intervention fut suivie de la terminaison naturelle de l'accouchement.

Devons-nous encore, à titre de curiosité, citer un autre genre de cloisonnement qui a entravé l'accouchement ? Ce fut le cas d'un accouchement dans un utérus bicorne avec col unique et bride antéro-postérieure qui arrêtait la progression du siège fœtal et qui fut sectionnée (Pierra, la Gynécologie, 1908, p. 382).

Etat hypertrophique du col.

Pour que notre vue d'ensemble soit complète, nous avons tenu à étudier l'état hypertrophique du col qui, pour rare qu'il soit, a été signalé par un certain nombre d'accoucheurs comme susceptible de créer de sérieuses difficultés à l'expulsion fœtale. Nous n'en avons pas trouvé d'exemple dans les Observations de la Maternité, mais il nous était impossible de passer sous silence une modification aussi importante de l'état du col qui a pu paraître d'un pronostic assez sérieux à certains observateurs, pour leur faire prendre le parti de demander à l'intervention chirurgicale de faire disparaître cette anomalie, source de graves complications pendant le travail.

Les descriptions qui en ont été données par Potocki et par Sauvage dans leurs Mémoires serviront de description-type à tous ceux qui voudront étudier cette question. Le col présente un allongement énorme de

sa portion vaginale qui peut venir faire saillie en dehors de l'orifice vulvaire. Le diagnostic différentiel avec le prolapsus utérin s'établit d'ailleurs facilement : le toucher montre en effet que les culs-de-sac vaginaux sont conservés et que c'est bien la portion sus-vaginale du col qui s'est considérablement allongée. Garderait-on quelque doute, que la certitude absolue serait apportée par le toucher intra-cervical ; dans le cas publié par Sauvage, l'index franchissait *onze centimètres* dans ce vestibule cervical avant de parvenir aux membranes ! Enfin, la différence de nature est telle entre l'œdème aigu du col décrit par Guéniot et l'allongement hypertrophique que la confusion est impossible.

On conçoit sans peine que cette modification du col crée un obstacle presque insurmontable à l'accouchement. D'ailleurs, comment l'utérus pourrait-il venir à bout d'un pareil surcroît de besogne ? Aussi, est-ce dès le début du travail que se manifestent les difficultés. L'effacement ne se produit pas, ou s'il parvient à se faire bien péniblement, ce n'est qu'au prix d'une prolongation considérable de la durée du travail qui entraîne l'épuisement de la parturiente et le risque d'infection, si les membranes viennent à se rompre.

Enfin et surtout, c'est la nature même des tissus qui le constituent, qui crée l'obstacle absolu à l'aboutissement du travail. Il s'est formé là une sorte de long anneau rigide qui enserre l'index. Dans l'Observation de Ribemont-Dessaignes et Grosse, « la masse indurée est exactement limitée au col utérin..., le

tissu est ferme, résistant, scléreux ». L'examen histologique fait par Couvelaire de la portion du col excisée par Potocki donne les renseignements suivants : « vascularisation plus grande qu'on ne l'observe en général sur les cols hypertrophiés. Sclérose périvasculaire très accusée. Diminution du tissu musculaire. Hypertrophie relative du tissu conjonctif et du tissu fibreux. Glandes assez dilatées ». La longue durée du travail peut aussi favoriser l'apparition de l'infiltration œdémateuse qui vient là, comme ailleurs, augmenter encore les difficultés.

On peut conclure, de ce qui vient d'être dit, que sans intervention active du médecin, l'accouchement est pour ainsi dire impossible. La dilatation digitale a pu donner quelques succès dans des cas exceptionnellement favorables, mais elle est totalement inefficace dans les cas de col dur, ligneux. Aussi voit-on les opérateurs s'adresser aux incisions pour obtenir la dilatation suffisante pour pouvoir introduire le forceps ou l'appareil de broiement. Benicke rapporte un cas dans lequel il fit deux incisions profondes de 0,05 à la suite desquelles il put saisir la tête avec le forceps, dilater le col par des tractions très douces ; les incisions s'agrandirent légèrement, la dilatation fut alors suffisante pour permettre l'extraction d'un enfant vivant ; la mère se rétablit. Ballocchi fit des incisions multiples, extrait un enfant vivant, mais la mère succomba. Dans les Observations de Truzzi et Fleischmann, on put faire la perforation après incisions multiples.

Si certains accoucheurs ont attendu le début du tra-

vail pour pratiquer l'*amputation du col,* d'autres par contre n'ont pas hésité à faire « l'amputation prophylactique » du col. Potocki se montre partisan de cette intervention qui, lorsqu'elle est faite dans des conditions bien déterminées et avec toutes les précautions nécessaires, a donné de splendides résultats ; il faut reconnaître que les arguments et la statistique très favorable donnés par cet auteur dans son Mémoire sont bien faits pour entraîner la conviction.

Dans un cas enfin, où il avait affaire à un anneau rigide de tissu scléreux, Ribemont-Dessaignes pratiqua *l'opération césarienne* avec succès pour la mère et l'enfant.

Mais il faut savoir aussi que dans certains cas, mais c'est une éventualité extrêmement rare, la terminaison de l'accouchement a pu se faire spontanément après un très long travail. Sur 17 cas recueillis, Sauvage dit qu'il n'en trouve qu'un cas en dehors de celui qu'il rapporte et qui est extrêmement intéressant, non seulement à cause de sa très grande rareté, mais encore par les constatations curieuses qu'il a permis de faire relativement au mécanisme de l'effacement du col. Déjà Martin (1881) et Howitz (1884) prétendaient qu'ils n'avaient jamais observé de complications graves pendant le travail dans les cas d'allongement hypertrophique du segment sus-vaginal du col.

Sauvage en conclut qu'il ne faut point se hâter d'intervenir pendant le travail, avant d'avoir vu quelles sont les ressources de la nature. Il reste entendu qu'on ne laisserait pas le travail durer au point de

compromettre la vie de la mère et de l'enfant par l'infection intra-amniotique. Le cas deVanwerts nous montre bien les difficultés de l'extraction au travers d'un col rétracté et rigide.

Vu :
Nancy, le 14 juin 1919.
Le Président de la thèse,
HERRGOTT.

Vu :
Nancy, le 16 juin 1919.
Le Doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 18 juin 1919.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Membre de l'Institut.

PARTIE DOCUMENTAIRE

PREMIERE PARTIE

Syndrome. Rigidité spasmodique.

Dolléris. — Rupture prématurée des membranes. Rigidité spasmodique de tout le segment inférieur. Chloroforme. Action rapide (*Arch. de Toc.*, 1885, p. 305 et suivantes).

DEUXIEME PARTIE

Etat d'infiltration secondaire du col.

CHAPITRE PREMIER. — Gonflement de la lèvre antérieure.

a) *Bourrelet œdémateux.*

b) *Gonflement œdémato-sanguin.*

Potocki et Sauvage. — Arrachement d'un lambeau semi-circulaire (*Ann. Gyn.*, 1912, 2e sem., p. 154).

Peyrau. — (*Ann. Soc. Obst. France*, 1899. *In* Th. Hazard, Paris 1902).

c) *Thrombus.*

Auvard. — (*Arch. Toc.*, 1888, p. 568).

Rouvier. — (*Revue mens. Gyn. Obst. Péd.*, 1911, p. 91).

Auvard. — (*Arch. Toc.*, 1893, p. 891). Thrombus suivi de sphacèle.

CHAPITRE II. — Rigidité secondaire de l'anneau cervical.

a) *Le col et le segment inférieur se laissent refouler jusqu'à la vulve.*

Smellie. — Observ. sur les accouchements, traduit par de Préville (T. II., p. 336).

Doumerc. — Segment inférieur refoulé. Incision. Forceps. (*In* thèse Tissier, p. 21).

b) *Le col cède par effraction. Rupture transversale.*

Bouffe Saint-Blaise. — Arrachement du col. (*Soc. Anat.*, 1890. *Ann. Gyn.*, 1890, T. XXXIII, p. 300).

Wallich. — Détachement d'un anneau cervical rigide sous la pression de la tête. Basiotripsie sur un enfant mort. (*Bull. Soc. Obst Gyn.*, Paris, juin 1890).

Couvelaire. Fissure transversale hémicirculaire. Arrachement par le forceps (*Ann. de Gyn.*, juin 1908, p. 321).

Résistance du col. Rupture utérine.

Wenzel. — (*Centralbl. f. Gyn.*, n° 47, 1882) (*In* Th. Valéry, Paris, 1905, p. 70).

c) *Interventions opératoires.*

Dilatation manuelle.

Couvelaire. — Rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin par inflammation aiguë du col au cours du travail. (*Ann. Gyn.*, juin 1908, p. 321).

Ecarteur de Tarnier.

Queirel. — Obs. 1896. Leçons de clinique obstétricale. Léger succès de l'écarteur.

— Obs. 1891. Leçons de clinique obstétricale. Déchirures du col.

Incisions.

Wallich. — (*Bull. Soc. Obst. Gyn.*, Paris, juin 1890) Accouchement spontané.

Tuffasne. — (Th. Paris, 1893, p. 40). Incisions, puis basiotripsie.

Basiotripsie.

Couvelaire. — (Voir ci-dessus).
Maygrier. — Obs., p. 77 Lecons cliniques.

Opération abdominale.

Potocki. — Contracture utérine. Rig. secondaire du col, enfant vivant. Césarienne. (*In* Th. Gaignard, Paris, 1910, p. 72).
Oui. — Rigidité par infiltration. Opération césarienne. Mort par embolie pulmonaire. (*Bull. Soc. Obst. Gyn.*, mai 1913, p. 466).
Queirel. — Leçons de clin. obst., 1902, p. 107 et suiv. Césarienne suivie de Porro.

ETAT SCLEREUX

Accouchement spontané.

Martinelli. — (*In* Th. Mme Mesnard, Paris, 1884).
Chiarleoni. — (*Ann. Univ. Médic.*, Milan, 1873).
Dolléris. — (*Arch. Toc.*, 1885, p. 325).

Incisions. Forceps.

Martinelli. — (*Ann. di Obst.*, 1883).
Fasola. — (*Ann. di Obst.*, 1884).
Velponer. — (*Centralb. f. Gyn.*, 1881, p. 223. Obs. n° 1. Th. Lecamus, Paris, 1891).
Mesnard. — (*Arch. de Toc.*, 1891, p. 19).
Lugeol. — (*Journal Méd.*, Bordeaux, 1886, p. 264) (Obs. n° 3. Th. Lecamus).
Demelin. — (Th. Paris, 1888, p. 108).

Tête profondément engagée ; orifice rigide. Incision et extraction.

Blanc. — (*Arch. de Toc.*, 1891, n° 241).
Fasola. — (*Ann. di Obst.*, 1884).
Putegnat. — (*Journal de Bruxelles*, vol. 47, *in* Th. Mesnard).

Enfant mort ; on fait la réduction.

Depaul. — (*In* Th. Tissier, Paris, 1860, p. 34). Céphalotripsie.
Fasola. — (*Ann. di Obst.*, avril-mai 1880. *In* Lec. Clin. Maygrier, p. 72). Embryotomie.
Maygrier. — (*Leçons clin.* p. 64). Basiotripsie.

ETAT CICATRICIEL

OBLITÉRATION DE L'ORIFICE EXTERNE.

La pression du doigt ou le grattage suffisent.

Charpentier. — (*Arch. de Tocol*, 1875, p. 650).
Eustache. — (*Arch. de Tocol*, 1895, p. 730).
Steyer. — (Obs. citée *in* Th. Tisserant, Nancy, 1882).

Incisions.

Jardine. — (*Brit. Med. Jour.*, 1892, p. 962. *In* Th. Plesse, Paris, 1909).
Hollmuth. — (*Klin Rund.*, 1887, p. 1114, *in* Th. Plesse).
Depaul. — (*Mon. Sc. Méd.*, 1860, n°° 64 et 67).
Chambaud. — (*Ann. Toc.*, 1876, p. 514).
Steyer. — (*In* Th. Tisserant, Nancy, 1882).
Kahrs. — (*In* Th. Tisserant, Nancy, 1882).
Godefroy. — (*Rev. de Thér. Méd. Chir.*, 1883).
Depaul. — (Observations de 4 à 9 (*loc. cit.*).

STÉNOSE DE L'ORIFICE EXTERNE.

Le doigt parvient à dilater l'orifice par des mouvements de vrille.

ROUVIER et BENHAMOU. —(*Bull. Soc. Obst.*, 1912, p. 782).
RUDAUX. — (*La Clinique*, 15 septembre, 1913, p. 603).
CACHRANE. — (*The Lancet*, vol. I, p. 358).
BOYER. — (Th. Paris, 1890). Dilatation, puis incisions.
DUMOULY. — (*Gaz. de Gyn.*, janvier 1886). Dilatation, puis incisions.
PUJOL. — (*In* Th. Thieux, Montpellier, 1900). Dilatation, puis incisions.

Dilatation spontanée ou avec l'écarteur.

CHAMPETIER DE RIBES. — (*In* Th. Toledo, Paris, 1890). Sténose, suite d'amp. du col.
BALARD D'HERLENVILLE. — (*In* Th. Guibout, Paris, 1900). Sténose, suite d'amp. du col.

On incise les brides.

DIETRICH. — (*Centralb. f. Gyn.*, 1878, p. 310).
— (*Centralb. f. Gyn., in* Th. Tisserant, Nancy, 1882).
MAC MULLER. — *In* Th. Tisserant.

Après incision, réduction de l'enfant.

GASIGLIA et CIANDO. — (*Soc. Obs.*, 11 juin 1908. *In* Th. Plesse, p. 32).
SCHENCK. — (*Centralb. f. Gyn.*, 1900, n° 6. *In* Th. Plesse).
PUCHER. — (*Wien. Med. Presse*, 1879, n° 31, p. 993. Obs. XX, *in* Th. Toledo).
BARSONY. — (*Centralb. f. Gyn.*, 1887, n° 51).

Rupture de l'utérus.

Fraisse. — (*Nouv. Arch. Obst. et Gyn.*, 1891).

Varnier et Hartmann. — (*Ann. Gyn. et Obst.*, octobre 1901. Obs. VII, *in* Th. Sauvage, Paris, 1902).

Pinard. — (*C. R. Soc. Obst. Gyn., Paed.*, 1899, p. 15. Obs. VI, *in* Th. Sauvage).

Sauvage. — (Thèse Paris, 1902, p. 119).

Intervention par la voie haute.

Lepage. — (*Bull. Méd.*, 14 novembre 1903. Obs. VI, *in* Th. Plesse).

Tissier (S.). — (Obs. n° 1, *in* Th. Plesse, Paris, 1909).

Veron. — (*Bull. Soc. Obst. Gyn.*, Paris, 1905, p. 318. Obs. II, *in* Th. Plesse).

Boquel. — (Obs. tirée de la Pratique de la Dystocie, *in* Th. Gaignard, Paris, 1910).

Grossesse prolongée.

Potocki. — (*C. R. Soc. Obs. Gyn. Ped.*, 15 juin 1908. Obs. IV, *in* Th. Plesse).

Voilanowitch. — (*Ann. Gyn.*, 1894, T. 42, p. 306).

RIGIDITÉ DE L'ORIFICE INTERNE. COL PERSISTANT.

Constatée à terme.

Petitfour. — (*Journ. Méd. et Chir. prat.*, mai 1886, p. 255, *in* Th. Toledo, p. 39). Incisions. Accouchement spontané.

Le Lorier (V.). — (*Soc. Obst. Gyn. Ped.*, octobre 1905. *Ann. Gyn.*, 1906, 2e Série, p. 35). Op. césarienne.

Rudaux. — (*Soc. Obst. Gyn. Ped.*, octobre 1904. *Ann. Gyn.*, 1904, p. 124). Césarienne, puis Porro.

Pinard, Segond et Couvelaire. — (*C. R. Soc. Obs. Gyn. Ped.*, novembre 1906). Hystérectomie totale.

Constatée pendant la grossesse.

Depaul. — (*Mém. de l'Acad. Méd.*, 1860, p. 494). Hystérotomie vaginale.

Delmas. — (*Rev. mens. Gyn. Obst. Ped.*, 1914, p. 118). Hystérotomie vaginale.

Cloisonnement du col.

Budin. — (2 obs. *in Progr. Méd.*, 1887. *Arch. Toc.*, 1887, p. 602).

Breidsky. — (*In* Mémoire de Budin (*loc. cit.*).

Broder. — (*In* Mémoire de Budin. *Loc. cit.*).

Blanc. — (*Arch. de Tocol.*, 1889, p. 359).

ETAT HYPERTROPHIQUE DU COL

Vanwers. — (*Arch. de Toc.*, 1880, p. 303).

Potocki. — Amputation du col pendant la grossesse (*Ann. Gyn.*, 1906, 2e Série, p. 709).

Benicke. — (*Zeits. f. Geb. ù. Gyn.*, B. II, 1878, p. 240, *in* Potocki, *loc. cit.*).

Sauvage. — Allongement hypertrophique du col pendant la grossesse (*Ann. Gyn.*, 1906, 2e Série, p. 731).

Ribemont-Dessaignes et Grosse. — (*Soc. Obst. Gyn. Ped.*, 11 juillet 1904. *Ann. Gyn.*, 1905, p. 121).

IMPROBVS
OMNIA
VINCIT
LABOR